

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-99. — N° 114

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

DE LA

CURE RADICALE DES VARICES

obtenus par la résection

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 12 Avril 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Kyrille MIKOFF

Né le 10 juin 1873, à Viddine (Bulgarie)

LYON

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

20, RUE CAVENNE, 20

Avril 1899



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-99. — N° 114

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

DE LA

CURE RADICALE DES VARICES

obtenus par la résection

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 12 Avril 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Kyrille MIKOFF

Né le 10 juin 1873, à Viddine (Bulgarie)



LYON

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

20, RUE CAVENNE, 20

—
Avril 1899

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET..... DOYEN.
LACASSAGNE..... ASSESSEUR

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.....	{	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.....		OLLIER.
Clinique ophtalmologique.....		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.....		GAYET.
Physiologie.....		GAILLÉTON.
Chimie médicale et pharmaceutique.....		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.....		MONOYER.
Matière médicale et Botanique.....		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.....		CAZENEUVE.
Anatomie.....		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.....		LORTET.
Physiologie.....		TESTUT.
Pathologie interne.....		RENAUT.
Pathologie externe.....		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.....		TEISSIER.
Anatomie pathologique.....		AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.....		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.....		TRIPPIER.
Médecine légale.....		POLLOSSON (Maurice).
Hygiène.....		ARLOING.
Thérapeutique.....		LACASSAGNE.
Pharmacie.....		BARD.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes..... LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.....	MM. WEILL.	agrégé
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	LANNOIS	—
Accouchements.....	POLLOSSON (Aug.)	—
Botanique.....	BEAUVISAGE	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	ROLLET.	DURAND.	PAVIOT.
CONDAMIN.	ROUX.	DOYON.	NOVÉ-JOSSERAND.
COURMONT	COLLET.	BARRAL.	BÉRARD.
DEVIC.	BOYER.	MOREAU.	BORDIER.
POLLOSSON (Aug.)	VALLAS.	PIC.	SAMBUC.
ROCHET.	SIRAUD.		

M. BEAUDUN, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FOCHIER, Président ; GANGOLPHE, Assesseur

MM. ROCHET et SIRAUD, } Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Bien faible témoignage de ma
profonde reconnaissance.

A MA SŒUR

A LA COMMISSION PERMANENTE DE VIDDINE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
M. LE PROFESSEUR FOCHIER

INTRODUCTION

Le sujet de notre thèse inaugurale n'est pas neuf ; le traitement des varices a occupé les maîtres les plus éminents. En entreprenant de ce travail, inspiré par M. le professeur-agrégé Siraud, nous n'avons eu d'autre but que de savoir si vraiment l'excision des varices est supérieure aux traitements préconisés jusqu'ici pour la cure des varices.

La question a soulevé assez de discussions dans ces dernières années pour que nous nous efforcions d'apporter une série de faits qui nous permettront de juger impartialement.

Nombreuses sont les observations publiées jusqu'à ce jour. La guérison a été proclamée à haute voix par les différents opérateurs ; si elle est effective, pourquoi un tel procédé opératoire a-t-il soulevé tant de discussions ?

Nous nous sommes efforcé de tirer la question au clair sans idée préconçue ; nos conclusions sont déduites de l'observation des faits.

Nous nous estimerons heureux si notre modeste travail arrive à produire un mouvement favorable à la cure radicale sanglante des varices. Est-il une chose plus démonstrative de l'excellence d'une opération que

les résultats éloignés ? Ce sont eux qui décident son existence ultérieure ou son abandon.

Voici le plan que nous avons suivi dans ce mémoire :

1° Nous consacrons un premier chapitre à l'histoire du traitement des varices ;

2° Le deuxième chapitre a trait aux indications et contre-indications ; pour la rédaction de celui-ci, nous avons largement utilisé les travaux de M. le docteur Rémy, chirurgien des hôpitaux de Paris ;

3° Dans le troisième chapitre nous exposons les différents modes de traitement et insistons particulièrement sur la résection et ses modalités variées ;

4° Le dernier chapitre est consacré aux résultats éloignés. Notre attention a été particulièrement dirigée sur la disparition des différentes complications accompagnant les varices, telles que les troubles trophiques de la peau, la névrite, l'ulcère, la douleur, la phlébite, etc.

Avant de commencer l'exposé de notre travail, nous avons un devoir agréable à remplir qui consiste à remercier tous nos maîtres lyonnais : leur abnégation et leur dévouement seront toujours présents à notre mémoire, quand nous serons loin de ce pays hospitalier qui, en nous ouvrant la porte de la science, a beaucoup contribué à notre éducation médicale.

Je suis très heureux de pouvoir remercier ici mon Président de thèse, M. le Professeur Fochier ; nous apprécions beaucoup l'honneur qu'il vient de nous faire et nous le prions de vouloir bien agréer l'expression de notre reconnaissance.

Que notre distingué maître, M. Gangolphe, chirurgien,

gien-major de l'Hôtel-Dieu, dont la bienveillance envers nous ne s'est jamais démentie, daigne accepter notre profonde gratitude et l'hommage de notre respectueuse reconnaissance. Le temps passé dans son service comptera comme un des meilleurs de nos études ; c'est grâce à son enseignement méthodique et précis, à ses conseils, que nous avons pu faire le premier pas (qui est le plus difficile) dans la chirurgie. Le dévouement de ce chirurgien habile et consciencieux nous servira d'exemple dans la carrière si lourde où nous allons nous engager.

Nous sommes très sensible à l'honneur que notre jeune maître, M. le professeur-agrégé Siraud, vient de nous faire en nous confiant le sujet de ce travail. Il ne nous a jamais ménagé ni le temps, ni les conseils. Il nous a toujours reçu avec une affabilité qui lui est propre, nous garderons de lui un souvenir précieux, nous l'avons vu tant de fois à l'œuvre ! Bon et aimable, il savait toujours captiver notre attention, nous lui disons bien sincèrement merci et nous garderons de son infatigable obligeance un souvenir durable.

Que notre savant maître, M. le professeur Teissier, veuille bien agréer notre profonde reconnaissance ; le temps que nous avons passé dans son service et ses savantes leçons ont été pour nous d'un grand profit.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
DE LA
CURE RADICALE DES VARICES
obtenus par la résection

I. — HISTORIQUE

Le traitement des varices a occupé les chirurgiens depuis la plus haute antiquité. En effet, la gêne fonctionnelle considérable qu'elles occasionnent (celles des membres inférieurs en particulier), le danger des ulcérations, des ruptures, etc., qu'elles peuvent faire courir aux malades qui en sont porteurs, ont déterminé les chirurgiens à chercher un traitement énergique. La multiplicité des procédés prouve la difficulté du traitement. Quelques mots d'historique le montreront à l'évidence.

Dans l'antiquité, le cas célèbre exposé par Plutarque (traduction Amyot) fait admirer la vaillance du consul romain Marius qui, d'un côté poussé par la souffrance, de l'autre par l'ennui d'une difformité (les Romains du temps avaient les jambes découvertes), se décida à se faire opérer.

Nous empruntons ce récit à Plutarque :

« C. Marius, s'étant mis entre les mains des chirurgiens, car il avait les cuisses et les jambes pleines de grosses veines élargies, et s'en fâchant parce que c'était chose laide à voir, si bailla l'une de ses jambes au chirurgien pour y besongner; sans vouloir être lié,

comme on a accoutumé de faire en cas semblables, et endura patiemment toutes les extrêmes angoisses de douleur, qu'il estait forcé qu'il sentit, quand on l'incisait, sans remuer, sans gémir ni soupirer, avec un visage constant et assuré, sans jamais dire un seul mot ; mais quand le chirurgien ayant fait à la première aussi voulait-il aller à l'autre il ne la voulut pas bailler disant : Je vois que l'amendement ne vaut pas la douleur qu'il faut endurer. »

Celse (Livre VII, section XXXI) brûlait avec le fer rouge les petites varices ; il pratiquait l'excision au bistouri pour les grosses.

Paul d'Egine, médecin grec du VII^e siècle, décrit en détail la manière de disséquer, de lier et de réséquer les veines variqueuses en un lieu d'élection qu'il fixe au-dessus du genou.

Fabrice d'Aquapendente, au XVI^e siècle, eut le mérite d'appeler l'attention sur les défauts de l'extirpation. Blâmant les pertes de sang inutiles, il recommanda d'employer la ligature d'Egine.

Ambroise Paré (Livre XIII, chapitre XX) dans ses œuvres expose la façon dont il traitait les variqueux : « On coupe souventes fois la veine au-dedans de la cuisse un peu au-dessus du genouil, où, à la plupart se trouve l'origine et production de la veine variqueuse, car communément plus bas, elle se divise en plusieurs rameaux, à raison de quoy l'opération est plus malaisée ; or la cause pourquoy l'on incise est à cette fin de couper le chemin et faire rempart au sang et autres humeurs contenues avec luy, qui abreuvent quelques ulcères estant aux jambes, ou pour défendre les hu-

meurs qui fluent à icelles, qui sont cause que le malade ne peut cheminer, ou pour la crainte qu'on peut avoir que par quelque accident la veine ainsi grandement estendue et dilatée ne s'y fasse ouverture, laquelle seroit cause d'un très grand flux de sang et causeroit la mort du malade, s'il n'estait promptement secouru. »

On voit que Paré, malgré que ses idées sur la circulation fussent erronées (il croyait que le sang veineux circulait du centre vers la périphérie, théorie dont plus tard Harvey se fit le justicier), préconisait un traitement qui n'en était pas moins rationnel, le but poursuivi était de diminuer l'énorme pression dans la saphène et les veines dépendantes. A proprement parler, Paré faisait la section entre ligatures et non la résection.

Il est intéressant de remarquer que les anciens chirurgiens avaient observé l'influence de l'excision sur la guérison rapide des ulcères.

Marcus Aurélius Séverinus s'exprime de cette façon : « *Ulcera prima, quadrina, septennaria, decunaria aut etiam diuturnea varicibus quæ circumobsistebant excisis feliciter vidimus sanata* », c'est-à-dire que les ampoules variqueuses et les ulcères disparaissent, comme les plantes meurent quand on détourne de côté le courant du ruisseau qui les alimente.

Dionis, dans son cours d'opérations de chirurgie démontrées au Jardin Royal (Paris, 1714) en donnant un bon exposé du manuel opératoire, dit : « qu'on peut lier ou exciser la veine entre deux ligatures ».

A la fin du dernier siècle, nous voyons que l'idée de

la ligature ou de l'excision apparaît de nouveau.

Everard Home (dans son livre intitulé : *on the treatment of ulcers*, 1799) lia la saphène dans douze cas immédiatement au-dessus du genou pour guérir les ampoules variqueuses de la jambe et par ce moyen il obtint la régression des varices. D'après ses conceptions théoriques, il croyait que la ligature supprimait la pression anormale due à la saphène, tandis que la ligature ne servait qu'à produire la coagulation du sang comme dans les anévrysmes.

J.-L. Petit pratiqua dans deux cas l'excision totale de gros paquets variqueux enflammés et douloureux ; il conseille la même opération lorsque, par sa situation, un paquet variqueux apporte une gêne considérable dans le fonctionnement du membre qui en est affligé.

La résection des vaisseaux variqueux, même sur une petite étendue et avec le concours des ligatures, rencontra jusqu'à nos jours une très forte opposition. Elle eut d'abord contre elle le préjugé humoral. En effet, les anciens disaient que l'excision des varices peut avoir un retentissement fâcheux sur les organes internes, surtout lorsqu'il existe un « état mélancolique du sang ». Puis on l'accusa de manquer son but, de ne guérir ni ulcères, ni varices ; on lui reprocha même d'en produire de nouveaux. Ainsi Scultet et Hogdson n'en étaient pas partisans.

Lisfranc, sur cinq malades auxquels il avait extirpé et réséqué partiellement les veines variqueuses, en perdit trois d'infection purulente. La crainte de complications redoutables fit repousser l'extirpation et la résection, dès le commencement de notre siècle, par Desault,

Dupuytren, Vidal de Cassis, Michon, etc., et depuis l'accident mémorable de Lisfranc jusqu'à la période antiseptique, seul, Rima osa tenter la résection des varices entre ligatures. L'emploi des anesthésiques, la sécurité obtenue dans les opérations par les antiseptiques, le renversement des théories anatomo-pathologiques de Verneuil ont rendu à ces opérations le rang qu'elles méritaient.

La ligature simple ne fut classée, comme moyen de guérison des varices, qu'à partir de Dionis, qui la proposa, et d'Everard Home qui la vulgarisa ; mais le succès ne fut pas constant : on a publié des cas malheureux.

Pouvait-il en être autrement avant la période antiseptique lorsqu'on ne savait quel ennemi combattre ? On allait du reste un peu au hasard.

Gagnebé (thèse de Paris, 1830) préconisait la ligature sous-cutanée.

Davat (thèse de Paris, 1833) vanta la ligature médiate sur un corps étranger et inconscient du danger, il embrochait la veine par deux épingles en croix.

Trucke sans hésiter traversait la veine avec un fil.

Velpeau (1840), attirant la veine dans un pli de la peau, passait une épingle au-dessous d'elle, puis il étranglait le vaisseau et la peau par un fil entortillé en forme de 8.

Chaumette et Lombard (clinique des plaies récentes, 1848, Paris) préconisaient la ligature médiate, mais en comprenant la peau dans l'anse du fil. Ils augmentaient le danger des ligatures au lieu de l'atténuer, mais avaient tiré de l'oubli ce procédé ; car après la

découverte de la circulation par Harvey, la ligature comme l'excision étaient tombées dans l'oubli. Une fois démontré que les veines ne servaient qu'à conduire le sang vers le centre et à considérer que les varices n'étaient dues qu'à la compression, il était inutile de lier, puisque cela ne servait pas à autre chose qu'à augmenter la stase dans les veines déjà comprimées. Paradoxe, comme on le voit, très logique avec les idées qui existaient à ce moment et qui a contribué pour beaucoup au délaissement de la ligature et de l'excision.

Avec les ligatures résorbables et antiseptiques, le danger a disparu, la ligature est devenue inoffensive ; on abandonne tous les procédés ingénieux mais dangereux d'autrefois. Reste à connaître les résultats. Compter sur l'organisation du caillot pour transformer la veine en cordon fibreux est aléatoire : quoique Briquet ait constaté que la veine se transforme en un cordon arrondi et impénétrable et qu'il ait vu plusieurs des veines affluentes également oblitérées, il est permis de penser que la circulation se rétablit à travers le caillot (Minkewicz l'a suffisamment démontré dans les Archives de Virchow, V, XXV, p. 116). Le caillot est un corps étranger qui en dernier lieu peut toujours être le point de départ d'accidents. Il provoque autour de lui une phlébite interne qui peut persister longtemps et devenir envahissante.

Avec une seule ligature on ne peut obtenir que des oblitérations peu étendues. Si l'on poursuit le but de la coagulation du sang dans tous les vaisseaux variqueux, il est alors nécessaire de faire des ligatures

multiples (c'est ce que Montaz a réalisé en France). Il nous reste à parler d'un procédé spécial, bien connu à Lyon. En présence des complications provoquées par la ligature, avant l'antisepsie, les chirurgiens délaissent les procédés sanglants. L'école lyonnaise expérimente les *injections coagulantes* intra-veineuses; il est évident qu'elles causaient un traumatisme insignifiant. Elles ont donné beaucoup de succès à quelques chirurgiens lyonnais.

Valette notamment obtint des succès, mais il eut le mérite de reconnaître les nombreux inconvénients des injections intra-veineuses, inspirées par les travaux de Pravaz sur le traitement des anévrysmes à l'aide d'agents coagulants. Bonnet, Desgranges se servirent du perchlorure de fer; on traita à l'Hôtel-Dieu plus de 2.000 malades. Valette, pour obvier aux complications que le perchlorure de fer produisait, tenta de le remplacer par la liqueur iodo-tannique (cette liqueur avait été inventée en 1854 par Socquet et Guillermond). Valette fut le premier à l'employer en 1855.

Negretti et Bottini se sont servi du chloral à la dose de 1/4 à 1/2 gramme.

Godivin a usé d'une solution phéniquée mais sans grands résultats.

Pétrequin, Socquet, Delore ont employé les injections un grand nombre de fois, surtout Delore qui a traité plus de 200 cas sans accident.

Mais, malgré les succès, c'est une méthode aveugle qui demande de grandes précautions, à cause de la fréquence des embolies, de la phlébite et de la thrombose; par ce fait même qu'elle laisse un caillot dans

les veines, elle porte avec elle un défaut et une menace de danger. Tout comme à la suite de la ligature, le caillot peut s'organiser, s'absorber en partie et la circulation se rétablit.

D'autre part, la présence d'un caillot dans les tissus provoque un certain degré de phlébite qui peut se propager et faire subir aux tissus voisins l'induration et la sclérose. Quant aux *injections pratiquées autour de la veine* avec des liquides excitants ou irritants, comme l'alcool ou l'ergotine, leur action est incertaine et la durée du traitement interminable. Cependant, elles paraissent devoir, théoriquement, s'opposer au développement de la périphlébite et de l'ectasie capillaire, et il ne serait pas surprenant qu'elles donnent des améliorations. Elles agiraient en produisant dans les tissus voisins de la veine variqueuse une sorte de contre-phlébite, une sclérose atrophiant les vaisseaux capillaires.

Dans cet ordre d'idées rentré le traitement de Taylor : l'usage de vésicatoires répétés provoque la formation dans la peau de brides fibreuses comprimant les varices. Nous dirons seulement pour mémoire quelques mots du traitement par les *caustiques* dont Bérard (avec le caustique de Vienne), Bonnet (avec la potasse caustique), Brodie et Follin (avec le chlorure de zinc) ont été les promoteurs ; ce sont des procédés abandonnés, la cicatrisation est longue, l'action non limitée et les résultats incertains. En passant, ajoutons que la *galvanopuncture* mise en œuvre par Clavel en 1837 et Pétrequin en 1875 est restée sans grands résultats.

Les tentatives de Ravoth (Berliner Klin. Wochens-

chrift de 1874, n° XIX et XXIII) méritent d'attirer notre attention. Se basant sur les travaux de Key, Curling, Thompson, Morton, et les résultats obtenus par eux en se servant d'un bandage à pelote, appliqué à l'anneau inguinal, pour la cure du varicocèle (l'auteur l'avait expérimenté sur lui-même), Ravoth, pensant à l'analogie qui existait entre les varices et le varicocèle conseilla le port d'un bandage à un jeune homme de 23 ans. La pelote fut appliquée à la place où la saphène interne se jette dans la fémorale, et au bout de deux mois les douleurs avaient fini par disparaître, les varices avaient diminué. Ces conceptions théoriques étaient tout à fait fausses, l'auteur croyait à une accélération de la circulation dans la veine cave, accélération que Slawonsky attribuait à l'irritation des nerfs splanchniques!! De cette conception résultait l'obligation pour les malades de porter le bandage jour et nuit.

N'oublions pas de mentionner que, avant Ravoth, Colles, de Dublin, avait déjà employé le bandage à pelote.

Après beaucoup de tâtonnements les chirurgiens avaient fini par s'arrêter à des procédés qui sans être radicaux soulageaient au moins leurs malades. Mais avec l'anesthésie et l'antisepsie la chirurgie fait un pas de géant et en même temps perfectionne le traitement des varices. La crainte de complications n'avait plus raison d'être. C'est ainsi que la ligature et l'excision oubliées reprennent dans ces vingt dernières années leur place thérapeutique. C'est particulièrement aux efforts des chirurgiens suivants que ces deux procédés sanglants doivent leur précision technique :

En Angleterre : Steel, Marchall, Davies, Colley, Annandale ;

En Allemagne : Schede, Starke, Riesel ont fait de larges excisions avec des résultats excellents. En 1884, Madelung (de Rostock) communiqua au Congrès des chirurgiens allemands de Berlin onze observations avec de bons résultats.

Langenbeck insista par contre sur la fréquence des récidives. En 1891, vient Trendelenburg avec son mémoire.

Starke conseille les extirpations multiples. Lebrun et Van Hucter, à Bruxelles, publient des cas favorables à l'extirpation.

Frey, à Londres et Franck Kendall, à Dublin, en 1885, publient les mêmes résultats ;

En France : Excepté Lucas Championnière qui pratiqua la première ligature en 1875, les autres chirurgiens étaient hostiles au procédé. En 1883, dans la thèse de Verdier, de Paris, inspirée par Duret (de Lille), nous trouvons encore signalés les dangers que fait courir au malade l'opération sanglante.

En 1885, Schwartz (dans le Dictionnaire de médecine, article varices), reflétait l'opinion des chirurgiens français, en rejetant toute intervention en cas de varices sauf pour quelques cas limités.

Rochard, en 1886 (dans le Dictionnaire encyclopédique) formule les mêmes conclusions.

En 1890, Quénu, dans le traité de Duplay, considère les résultats obtenus par Reynier et Ricard comme peu probants et conseille sinon l'abstention complète, du moins l'intervention très limitée.

En même temps, Montaz, de Grenoble (dans le *Dauphiné médical*, 1890), rend compte des succès obtenus par la ligature.

En 1891, Cerné envoie une observation à la Société de chirurgie. Il s'agissait d'un ulcère variqueux et dans le but de le guérir il avait enlevé un paquet des veines dilatées derrière le condyle interne et une grosse veine flexueuse située en arrière de la plaque ulcérée. Sa malade guérit en trois semaines et il la revit trois mois après ; les résultats étaient très satisfaisants. L'auteur propose d'opérer plus fréquemment.

Reynier, Ricard apportent des faits nouveaux. Quénu, bien que peu partisan de la résection des varices, n'hésite pas à intervenir dans la névrite variqueuse du nerf sciatique en réséquant les veinules.

En 1892, Schwartz publie de nouveaux cas dans la thèse de Charrade. Il combine la ligature et la résection, mais préfère cette dernière.

En même temps Ricard se déclare partisan de l'opération et Rémy fait sa communication au Congrès de chirurgie où il fait connaître les résultats tant immédiats qu'éloignés de plus de cinquante opérations.

En 1893, paraît une nouvelle communication de Reynier.

En 1894, le professeur Tillaux dans une clinique (publiée par Thiéry son chef de clinique dans la *Tribune médicale* du 15 février 1894) se déclare partisan de l'opération et discute les lois de Verneuil.

Rémy, en 1897, dans un article sur les varices (paru dans le *Bulletin général de thérapeutique* du 30 mars 1897), apporte les résultats de ses opérations et discute

les suites éloignées de plus de dix-neuf observations.

En 1898, Schwarz et Rémy au Congrès de chirurgie communiquent encore des résultats nouveaux et très favorables à l'opération.

Comme on le voit, la résection commença en 1886. En 1891, une nouvelle formule d'indication a fait son apparition : c'est la dilatation du tronc de la saphène interne qui indique que l'envahissement du mal a atteint ses dernières limites, que les varices communiquent avec le cœur et qu'il est urgent de rétablir une barrière entre le cœur et le membre variqueux. Le mérite en revient à Trendelenburg ; dans un article intitulé : « *Über die Unterbindung der Vena saphena magna bei Unterschenkels Varicen*, paru dans les *Beiträge zur Klinisch Chirurgie* 1891, t. VII, p. 195-210 », il préconise deux traitements, la section de la veine entre deux ligatures et la résection des varices et paquets variqueux. Il insista sur le rôle que jouent dans la production des varices et de leurs accidents, l'insuffisance valvulaire et le reflux du sang dans la saphène. D'où il conclut à la nécessité d'empêcher ce reflux en fermant la veine d'une façon durable. « La circulation, ajoutait-il, ne sera pas pour cela interrompue car il ne s'agit pas de la ligature de la veine fémorale ou de l'iliaque, mais de la ligature de la saphène interne qui n'est pas la seule afférente émanant du territoire de la saphène et de ses branches puisqu'il existe des communications d'une part avec les veines profondes, d'autre part avec la saphène externe par l'arc dorsal du pied et par des anastomoses directes. Avec ses théories il renverse ce qu'avaient d'exagéré les théories de Verneuil sur le

rôle des veines profondes dans les varices. Il a remis cette opération en honneur en la faisant pratiquer sur lui-même pour des varices énormes qui lui rendaient presque impossible toute marche.

En terminant, nous dirons que la résection des veines a sur tous les autres procédés l'avantage de permettre de voir ce que l'on fait et sur beaucoup d'autres celui d'être beaucoup moins dangereuse. Elle n'a pas une durée supérieure à vingt ou trente jours. Elle répond enfin à des indications bien certaines.

Elle interrompt le courant sanguin, diminue la pression du sang sur la peau et enlève des organes malades qui agissent comme corps étrangers.

II. — INDICATIONS DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE

En présence de varices nettement développées, on doit mesurer et discuter l'opportunité d'une intervention ; il ne faut pas attendre qu'elles deviennent graves ou compliquées.

Appliquer un traitement dès le début, c'est obéir à une indication rationnelle ; l'attente facilitera l'extension du mal. Mieux vaut ne pas avoir la main forcée pour agir.

Les varices sont donc une indication pressante de traitement par elles-mêmes, quelles que soient leur étendue et leurs variétés. A cette première formule il faut ajouter : le traitement de choix sera l'opération si

le malade est pauvre. On doit tenir un grand compte de l'état social de celui qui demande des soins.

Pour les pauvres et surtout pour ceux qui sont exposés à de rudes travaux, il n'y a pas à hésiter. Ils sont incapables de s'opposer à l'extension par la dilatation veineuse. Il faut leur proposer l'opération comme un moyen de conserver leur gagne-pain et il ne faut pas craindre de noircir le tableau qu'on leur tracera des dangers des varices.

Avant d'établir des indications précises, nous allons dire quelques mots sur les formes cliniques des varices et, nous basant sur elles, nous établirons les indications opératoires.

Au point de vue anatomo-pathologique on divise les varices en trois degrés :

a) Le premier degré consiste dans la dilatation simple des veines due à l'altération des parois.

b) Le deuxième dans la dilatation inégale avec épaissement des parois.

c) Le troisième degré consiste dans la dilatation inégale avec amincissement des parois.

Nous laissons de côté les divisions de Briquet, Cruveilhier et Follin.

La division que nous venons de faire est trop théorique et si, anatomo-pathologiquement elle est très exacte, cliniquement elle répond à trop de variétés et ne peut que compliquer les choses. Aussi préférons-nous une division clinique qui réponde à la réalité des faits. Nous diviserons les varices en :

a) Varices des grosses veines localisées ;

b) Varices à grande tension ou à reflux cardiaque

dans lesquelles la saphène est forcée. Elles débutent par la cuisse ou l'envahissent secondairement et déterminent des troubles pénibles (sensation de pesanteur, œdème, crampes), des accidents graves (ruptures, ulcères) ; elles sont mal tolérées ;

c) Varices à faible tension ou varices des veines veinules et capillaires, cyanose variqueuse. Ces diverses variétés sont tantôt superficielles, tantôt profondes. Nous allons reprendre chaque classe et les étudier séparément.

a) *Varices des grosses veines localisées (rameuses, serpentinees, cirsoïdes, ampullaires à paquets variqueux).* — La phlébectasie des grosses veines peut être localisée à une veine ou à un groupe de veines ou bien il existe en divers points d'un même membre des veines malades, isolées, séparées les unes des autres. Ces varices se dessinent sous la peau en la soulevant, elles prennent toutes les formes possibles, en peloton, en ampoules, qui donnent à l'œil et au toucher la sensation de paquets de cordes ou de sangsues enroulées, repliées et tordues. D'où le nom de paquets variqueux. Le siège de ces paquets est très différent : le cadre de notre sujet ne nous permet pas de l'exposer en détail, mais nous dirons que les veines superficielles de la jambe, du mollet, du creux poplité sont leur siège de prédilection.

Les veines profondes de la jambe révèlent leur état variqueux par des hernies de ces veines à travers les orifices aponévrotiques, placées le long du tibia, au mollet et près du tendon d'Achille au-dessus de la malléole interne.

Les varices circonscrites ou paquets variqueux inquié-

tent surtout le malade à cause de leurs sinuosités, de leurs ampoules, de leur gonflement pendant le travail et de l'amaigrissement de la peau.

Le gonflement du membre s'accompagne de durcissement, de douleurs et quelquefois de troubles fonctionnels. Les indications opératoires de cette variété sont donc nettes : la difformité, l'incommodité, la douleur locale, la crainte des ruptures déterminent le malade à demander l'opération.

b) *Varices à grande tension ou à reflux cardiaque.* — L'étendue de la lésion variqueuse est pour beaucoup dans le pronostic ; s'il existe une communication anormale entre les varices du membre inférieur et le cœur, le pronostic s'assombrit.

Il faut arriver à Rima (1834) pour trouver les preuves du reflux du sang dans les veines variqueuses et de leur communication avec le cœur bien que J.-L. Petit, Fabrice de Hilden, E. Home, A. Paré avaient remarqué déjà plus ou moins nettement cette communication anormale, et le reflux veineux (Voir chapitre 1^{er}, Historique). C'est Trendelenburg qui rajeunit cette question et par des expériences simples montre à tout le monde que la colonne sanguine ne s'arrête pas aux limites des saphènes et qu'elle peut aller jusqu'à l'oreillette. Il en fit la démonstration sur lui-même et l'on peut voir sur certains sujets le liquide osciller du cœur aux saphènes et inversement, sans rencontrer d'obstacles, puisque les valvules sont forcées et physiologiquement n'existent plus. Nous ne répéterons pas les expériences classiques de Trendelenburg qu'on trouve dans toutes les thèses et encore mieux dans les Bei-

träge für Klin. Chirurgie 1894, VII, p. 136-210, mais nous dirons quelques mots sur la façon dont les varices de cette variété se forment et pourquoi leur siège est presque constant aux mêmes veines. Les varices de la saphène débutent surtout par les $\frac{2}{3}$ supérieurs, c'est-à-dire par l'endroit où siègent les valvules, là les varices sont plus dilatées qu'ailleurs.

Si on extirpe une ampoule circonscrite de la saphène on peut trouver les valvules soit intactes, mais dont les valves sont écartées les unes des autres (insuffisantes), soit érodées avec des encoches plus ou moins visibles sur les bords valvulaires. Le grand diamètre de la dilatation siège, non comme on est tenté de croire, au-dessus des valvules, c'est-à-dire du côté de la périphérie. En voici la raison : normalement les parois veineuses sises au-dessous des valvules sont très minces parce que la pression à laquelle ces parois sont soumises est très minime. Mais si à un moment donné les valvules deviennent insuffisantes, les parois veineuses situées au-dessous des valvules deviennent le siège d'une pression plus grande que la normale ; comme elles sont minces et faites pour une pression beaucoup plus petite, alors elles se distendent car elles ne peuvent plus supporter cette pression. Ce fait explique le siège primitif de la dilatation variqueuse au niveau des valvules mêmes, c'est-à-dire à la cuisse à l'union du $\frac{1}{3}$ inférieur avec le $\frac{1}{3}$ moyen de la saphène et à l'endroit où la saphène se jette dans la fémorale. Les varices de la jambe sont plus faciles à expliquer, une fois les valvules de la saphène dilatées le sang ne trouve aucun obstacle et reflue vers la périphérie. Avant que

soit établie l'insuffisance valvulaire, le seul obstacle était la saphène avec ses valvules, mais une fois que cet obstacle a disparu et comme, d'autre part, les veines cave, iliaque et la partie supérieure de la fémorale ne possèdent pas, normalement, de valvules, le cœur communique alors directement avec les veines variqueuses et réalise le système des vases communicants dont le contenu liquide n'obéit qu'à la loi de pesanteur.

Le sang qui remplit les varices provient en grande partie du reflux sanguin venu du cœur et en partie moindre des capillaires. On peut remarquer aussi que cette colonne sanguine continue, représentée par la veine cave, les veines iliaques et la veine fémorale et la saphène agit par sa pression constante sur les petites veines et les capillaires superficiels et profonds du membre inférieur. Cette pression tendrait à activer la circulation de retour suivant la loi de Pascal, mais il convient d'observer que ces veines superficielles et profondes communiquent par les collatérales avec les grosses veines dilatées. Le sang veineux se déverse donc par l'intermédiaire de ces collatérales dans les grosses veines variqueuses ; la colonne sanguine de retour est ainsi constamment brisée, alors s'augmente la distension passive des troncs variqueux.

Ce reflux détermine l'asystolie des grosses veines, amène aussi la distension des petits vaisseaux. Trendelenburg l'a constaté sur des varicosités. Rémy dans ses recherches a observé la distension sur les capillaires de tous les organes de la jambe, sur les vasa-vasorum, sur les vaisseaux capillaires des nerfs.

Ce reflux cause dans tous les vaisseaux des transformations d'où résulte la distension progressive des veines et l'induration scléreuse qui les accompagne et les complique. Cet exposé fait comprendre comment cette variété de varices implique l'indication urgente d'une intervention.

c) Varices des veines, veinules et capillaires ou à faible tension. — C'est à cette forme que Rémy donne le nom de variété bleue ou cyanose variqueuse. Les membres atteints peuvent présenter toutes les lésions déjà décrites mais ils sont de plus couverts d'arborisations fines dont la perception n'est plus possible à distance mais qui imposent à tout le membre une coloration bleuâtre.

Cette forme correspond à une mauvaise constitution anatomique, à une faiblesse congénitale, car elle se fait remarquer par la rapidité de son développement et de sa généralisation.

Elle est d'un pronostic grave et réclame un traitement d'urgence, et ne laisse pas le même espoir de guérison que les autres. Ce qui fait la gravité de cette espèce de varices, c'est la facilité avec laquelle apparaissent les capillaires dilatés dont nous connaissons le rôle sclérogène.

Il nous reste maintenant à discuter les indications symptomatiques :

Indication tirée de la douleur. — Cette indication n'est pas toujours très précise ; la douleur peut manquer complètement, il y a des malades qui arrivent à l'ulcère sans avoir jamais souffert. D'autres variqueux n'ont qu'une gêne fonctionnelle du membre, il

leur est impossible de faire des efforts, une longue marche, la fatigue apparaît alors rapidement.

Quand la douleur existe elle est très variable : tantôt sourde, tantôt vive, tantôt brûlante, intermittente ou continue. Souvent, elle n'apparaît dans les membres variqueux qu'avec la fatigue mais elle peut se montrer dès le début du travail ou de la marche.

Il y a des malades qui éprouvent la sensation d'une brûlure à la jambe quand leurs varices font saillie, et la station debout les fatigue. D'autres sont pris de crampes dans les mollets. Remy raconte le cas d'un malade atteint de varices énormes aux deux membres inférieurs qui, dès qu'il enlevait son bas élastique, palissait et se trouvait mal, comme s'il éprouvait une anémie cérébrale subite.

Les paquets variqueux de la cuisse, qui sont rares, sont plus douloureux que ceux de la jambe.

Quand les varices sont étendues à une grande partie du réseau veineux du membre inférieur, au gonflement, à l'œdème de la jambe s'ajoutent le soir des douleurs variées : tantôt des sensations de pesanteur, de plénitude, de distension, de chaleur ; tantôt des démangeaisons, des fourmillements et des crampes.

C'est un mélange de sensation, de tension de la peau, de gonflement musculaire et de compression nerveuse. La cessation du travail et même le séjour au lit ne les apaisent pas immédiatement. Ces souffrances amènent l'insomnie, car il faut plusieurs heures avant qu'elles cessent et que le sommeil puisse venir, elles ne disparaissent que le matin avec le gonflement de la jambe.

Verneuil a bien insisté sur ces douleurs qui succè-

deraient, d'après lui, aux varices profondes des muscles.

Mais cette douleur n'est pas toujours la conséquence de dilatations profondes. Quénu en a donné une excellente explication, dans ses dissections il trouva l'indépendance complète des veines et des nerfs dans l'épaisseur des muscles et mit alors, le premier, en lumière les altérations du système nerveux périphérique.

Chez les variqueux, ces altérations peuvent être dues à trois facteurs : 1° à la névrite interstitielle qui accompagne le travail phlegmasique général du membre malade ; 2° à la sclérose intra-fasciculaire et péri-fasciculaire du nerf, due à une phlébite chronique de ses veines ; 3° à la compression ou irritation par des paquets variqueux, des rameaux du nerf saphène interne. Il faut, toutefois, distinguer ces douleurs de celles qui pourraient être causées par une sciatique variqueuse, auquel cas on serait autorisé, d'après Quénu, à pratiquer au point le plus douloureux la ligature et l'excision des veines qui sortent du sciatique.

Quoi qu'il en soit des explications, la répétition des douleurs, la gêne que le membre douloureux et gonflé apporte aux mouvements, l'impossibilité de longues marches, la fatigue de la journée et les longues nuits d'insomnie sont une indication très nette d'intervention.

Indication tirée de l'ulcère. — Si l'ulcère est une indication urgente d'intervention, il n'en est pas moins vrai qu'il est parmi les complications des varices celle qui peut faire hésiter avec le plus de raison ; il

est un nid de microbes, un foyer d'infection, en même temps une mauvaise condition pour le succès de la cicatrisation d'une plaie opératoire.

Il faut d'abord essayer de différer l'opération jusqu'à sa fermeture sous des pansements antiseptiques. Mais s'il est incurable et s'il faut opérer malgré sa présence, il est nécessaire de prendre des précautions spéciales ; il faut le préparer de longue date, le rendre aseptique.

Pendant l'opération il conviendra de détruire les bourgeons charnus au thermo-cautère ou à la curette et de déployer une attention exagérée dans la ligature de tous les vaisseaux veineux pour fermer la voie à une infection.

Cependant, bien que ni l'état d'infection, ni les callosités des ulcères ne fournissent de contre-indications opératoires absolues, il y a un moment où toutes les tentatives peuvent être suivies d'insuccès. C'est quand l'ulcère a fait le tour de la jambe, quand la partie indurée qui le supporte étrangle le membre. Enfin il est un cas où, non seulement l'opération serait inutile, mais deviendrait dangereuse ; c'est celui d'un ulcère qui, par une longue suppuration, aurait produit des lésions amyloïdes.

Avant de terminer cette question de l'ulcère, nous devons dire quelques mots de sa production. Nous savons que la principale cause de sa production est la nutrition insuffisante de la peau. Une fois la peau mal nourrie, la moindre érosion, dans ces conditions-là, suffit pour produire l'ulcère et le manque d'antiseptie favorise son agrandissement. La guérison de l'ulcère

se produit très difficilement, si le malade ne garde pas le lit pour soustraire les tissus à la pression anormale produite par la colonne sanguine.

La récidive de l'ulcère s'explique de la façon suivante : le moindre traumatisme produit une hémorrhagie interstitielle dans les tissus de la cicatrice.

Si le malade fait un effort, il augmente par cela même la pression sanguine dans les varices et le malade éprouve une légère douleur au niveau où le traumatisme a porté et une légère ecchymose ne tarde pas à apparaître, cet endroit-là reste un peu sensible.

L'épiderme tombe et une sécrétion séreuse apparaît : l'ulcère est reconstitué de nouveau.

Indication tirée de la phlébite. — A titre urgent parmi les indications de l'extirpation entre ligatures doit être placée l'inflammation des varices.

La phlébite est plus rare que l'ulcère, elle se présente soit sous la forme adhésive, soit sous la forme suppurée à la suite de blessures.

Cette suppuration des veines est une menace d'infection purulente et il est rationnel de lui donner jour comme dans un abcès, mais il est encore mieux d'extirper les vaisseaux malades en fermant la communication avec ceux qui sont sains.

C'est ce que firent avec succès le chirurgien anglais Tobin (observation publiée dans le *Medical and circular Press*, 1891), et les chirurgiens français Schwartz et Quénu (observations publiées dans les thèses de Robineau et Guérileau, Paris, 1898, sur le traitement chirurgical de la phlébite variqueuse).

Tobin ayant vu se développer une phlébite septique

après une résection qu'il avait pratiquée sur une varice, rouvrit la plaie, enleva les vaisseaux enflammés et guérit son malade ; quant à la phlébite adhésive spontanée ou provoquée, elle est moins dangereuse. Elle serait même un des modes de guérison idéal des veines si dans le caillot de fermeture organisé ne se rétablissaient des vaisseaux et si, d'autre part, elle se limitait toujours. Mais elle prend quelquefois une marche envahissante, lente mais grave.

Les phlébites amènent quelquefois à leur suite des plaques indurées étendues, qui compromettent la fonction du membre et produisent par rétraction ou immobilisation, des difformités des pieds et des orteils ; Verneuil l'a signalé pour certaines phlébites des membres inférieurs, dans la Gazette médicale (1890).

La rupture. — L'indication tirée de la crainte de la rupture des varices a été très diversement appréciée depuis Paré. Beaucoup d'auteurs affirment qu'ils n'ont jamais vu de cas graves et que l'hémorrhagie par rupture peut être considérable mais non mortelle.

Schwartz (dictionnaire Jaccoud) donne une juste appréciation de la vraie gravité de cette complication. L'hémorrhagie survenue chez un variqueux peut être mortelle. Il en existe un certain nombre de cas récents (en particulier celui de Polaillon).

Cette terminaison fatale est rare, mais elle menace tous les variqueux.

Remy a eu un exemple typique de rupture avec mort immédiate (en 1894) qu'on trouve relaté dans un article du Bulletin de thérapeutique, 1895.

La rupture veineuse non suivie de mort est certai-

nement plus fréquente. L'hémorrhagie est très facile à arrêter, mais elle se produit sans prévenir, et souvent spontanément, elle résulterait d'une espèce de nécrose de l'épiderme. Un faible choc, une pression insignifiante peuvent la produire.

Elle ne succède pas toujours à une blessure; on comprend qu'elle puisse devenir très dangereuse pour le sujet, soit dans le sommeil, soit dans l'ébriété.

On a remarqué que c'est toujours par une plaie insignifiante que la vie s'est échappée avec le sang; on ne peut jamais savoir si l'hémorrhagie mortelle ne surviendra pas. Quiconque n'a pas de bas à varices y est exposé.

On peut dire cependant que la variété des varices atteignant de petits vaisseaux en est plus menacée.

On devra intervenir quand on observera en un point une peau lisse, pigmentée, amincie, tendue, et par cela même exposée à céder à la moindre pression.

Nous pouvons résumer les principales indications en quelques mots :

1° Les douleurs tenaces le long de la saphène interne;

2° La constatation nette de l'insuffisance de la saphène;

3° Les gros paquets variqueux qui constituent une gêne notable et qui peuvent causer des douleurs par la compression qu'ils exercent sur les nerfs voisins;

4° L'état lisse, pigmenté et aminci de la peau qui, par cela même, est exposée à céder sous la moindre pression;

5° Enfin l'intervention est indiquée d'urgence dans les hémorrhagies veineuses.

Avant de terminer ce chapitre, il faut que nous envisagions les conditions sociales qui jouent un grand rôle dans le traitement des varices.

Si nous avons un malade de la classe riche à traiter, nous nous contenterons de conseiller le repos pendant la journée sur une chaise longue, des soins de propreté minutieux et le port de bas élastiques avec la précaution de changer ceux-ci dès que leur élasticité aura cédé.

L'indication principale se réduit donc dans ce cas à favoriser le cours du sang veineux, soit en écartant les obstacles mécaniques (ceintures, jarretières) soit en suppléant à l'insuffisance du tonus veineux par l'application d'un soutien extérieur adapté à la surface du membre.

Mais les conditions ne seront plus les mêmes, si, au lieu d'un malade aisé, on a affaire à des travailleurs ; chez ceux-ci, la fatigue, l'usure rapide des bas, le manque de soins de propreté, auront pour résultat la production d'ulcères rebelles, de phlébites, etc., accidents qui cèdent au repos, puis récidivent dès la reprise du travail.

Chez ces estropiés qui, suivant le mot de Boyer, deviennent la vermine des hôpitaux, un traitement énergique s'impose, surtout lorsque la douleur tourmente beaucoup les malades.

III. — LES CONTRE-INDICATIONS

Les contre-indications sont d'ordre physiologique et pathologique.

On doit se soucier de l'état social, de l'âge du sujet (la sénilité ne se mesure pas au nombre des années, mais à l'état des organes de l'individu). Il faut refuser l'opération à des hommes épuisés, même s'ils n'ont pas dépassé la quarantaine ; au contraire on obtiendra de beaux succès sur d'autres qui ont dépassé la soixantaine, mais conservé leur santé ; la grossesse entrera pour une large part comme motif de contre-indication.

Il est nécessaire d'étudier l'état de *la peau* ; elle doit présenter un aspect normal, qui indique l'absence de troubles trophiques de ses éléments ; elle doit avoir une épaisseur moyenne qui nous rassure contre la possibilité d'une rupture, sinon il faudra réserver l'intervention. Il est bon d'examiner les *organes thoraciques* de ces malades ; les lésions cardiaques seront exclusives, une toux chronique, l'emphysème, l'asthme seront regardés comme défavorables pour l'intervention.

Une affection cérébrale ou médullaire, la présence de l'albumine ou de sucre dans l'urine, bien qu'il n'y ait pas encore de cachexie, doivent être considérées comme des tares suffisantes pour faire redouter toute intervention.

Il en sera de même des foyers chroniques de suppuration, lors même qu'ils siègent dans une région éloignée. On devra craindre des complications par infec-

tion de la plaie opératoire, et d'autre part, les reins, la rate et le foie sont dans ces cas fréquemment le siège de lésions amyloïdes.

C'est ainsi que l'ulcère variqueux peut devenir une contre-indication s'il est grand, s'il a duré longtemps et causé une forte suppuration.

Les infirmités pourront aussi devenir une contre-indication absolue, à condition qu'elles aient amené une incapacité de travail actif. Mais la discussion à leur sujet doit être faite avec soin

Voici des exemples de cette nature : nous en trouvons dans les cas de Remy ; ce chirurgien a opéré un malade atteint d'une ankylose provoquée par une coxalgie, parce qu'il était charretier, dit-il ; nous voyons aussi que le même auteur se déclare disposé à opérer un variqueux, même s'il était amputé de l'autre jambe, si le sujet est destiné à se tenir debout toute la journée. D'autre part, il a cru utile de refuser d'intervenir chez un malade à la suite de l'induration et de la rétraction d'un ulcère variqueux circulaire de la jambe, ayant provoqué un œdème et des lésions éléphantiasiques du pied.

On doit hésiter à intervenir, si l'un des deux membres inférieurs était ankylosé dans une position vicieuse ne permettant pas la marche, de la même façon il faut refuser l'opération au malade qui ne pourrait travailler par surdité, cécité, paralysie infantile grave, paralysie d'origine syphilitique ou embolique.

Diathèse variqueuse. — Remy dit : « qu'il ne faut pas beaucoup se préoccuper ni des diathèses, ni des lésions nerveuses, il suffit seulement de savoir

qu'elles n'infectent pas une plaie opératoire et qu'elles ne retarderont pas la cicatrisation ».

Varices profondes. — Il est vrai qu'on ne peut enlever tous les vaisseaux malades ; mais on peut du moins soulager la peau, enlever les parties les plus malades et interrompre les communications des veines du membre avec celles du tronc, rompre la colonne sanguine, comme Trendelenburg le conseille. Les varices profondes viennent faire saillie à la face interne du mollet par des éraillures aponévrotiques. On peut souvent saisir l'extrémité des paquets variqueux. Il n'est pas possible de les extirper, mais le seul fait de les saisir en partie amène un soulagement. Cela suffit à guérir les ulcères, à prévenir leur retour, à soulager la douleur, à permettre le travail.

Si on ne peut pas guérir l'état variqueux on peut du moins l'améliorer ; du reste, pour améliorer, il n'est pas nécessaire de supprimer toutes les varices. Beaucoup de veines déjà dilatées reviennent sur elles-mêmes et à l'état naturel après l'opération.

Chez les prostatiques et les calculeux l'opération a pu provoquer la rétention d'urine qui serait alors attribuée à ce que les varices du col de la vessie s'exagéreraient par la suppression des varices des membres. La tuberculose pulmonaire un peu avancée constitue une condition défavorable.

L'ostéite hypertrophique de la jambe est une contre-indication.

IV. — TRAITEMENT

Après les indications opératoires que nous venons de poser, il est nécessaire de faire un choix entre les deux méthodes qui se disputent la faveur des chirurgiens dans le traitement des varices.

Ces deux méthodes sont :

1° La ligature simple de la saphène combinée à la section de la veine ;

2° L'excision des veines variqueuses entre deux ligatures, en un ou plusieurs points.

1° Ligature

On fait la ligature de la saphène de différentes façons :

1° Ligature percutanée employée avant l'antiseptie par Chaumette, Lombard ; on serre la veine contre la peau ;

2° Ligature sous-cutanée : on lie la veine seule par un fil dont les chefs sortent par la même ouverture cutanée ;

3° Ligature à ciel ouvert : elle comprend la ligature après la découverte de la veine et la section entre deux ligatures (faites par Schede, Ricard, Chalot, Championnière).

Les avantages attribués à la ligature, établie d'après les règles voulues (c'est-à-dire à trois travers de doigts au-dessus du genou, de façon à respecter l'anastomose de la saphène interne avec la saphène externe), consistaient dans la sécurité de la circulation de

retour du membre inférieur ; mais l'excision ne gêne pas la circulation de retour, même en supprimant l'anastomose, parce que les veines profondes reprennent les fonctions des veines excisées.

Les objections qu'on peut faire à la ligature, c'est que la pression de la colonne sanguine qui augmente dans la saphène externe ne produise pas à la longue l'insuffisance du système valvulaire, alors tout serait à recommencer.

On croyait jusqu'au moment où Minkiewicz publia son travail dans les archives de Virchow, tomes XXV et XLVIII, qu'après la ligature le caillot allait se former jusqu'à la première collatérale, mais Minkiewicz a démontré par de nombreuses expériences le rétablissement possible de la lumière du vaisseau.

Les rapports de la veine à la jambe avec le nerf saphène qui l'accompagne sont très inconstants. De cette incertitude, augmentée des procédés aveugles de ligatures per et sous-cutanée, il résulte que l'aiguille peut déchirer ou transfixer le nerf, ou qu'avec le fil on peut enserrer des filets nerveux d'où phénomènes de compressions, douleurs, etc.

2^o La résection

La résection est loin de nous présenter ces désavantages ; si après avoir ligaturé on enlève la veine, la crainte de rétablissement de la lumière des vaisseaux devient chimérique, et si quelques auteurs ont cru à la régénération de la saphène, c'est tout simplement qu'ils se sont trompés en prenant une branche collatérale très dilatée pour la saphène opérée.

Les interventions sur les membres variqueux sans complications se divisent en :

a) Ligatures avec résections veineuses, combinées avec l'extirpation de paquets variqueux plus ou moins étendus ;

b) Ligatures étagées avec larges extirpations. En effet, quelques auteurs préfèrent la résection large ou extirpation ; d'autres la préfèrent plus restreinte suivant la méthode de Trendelenburg.

Nous allons dire quelques mots de chacune d'elles en particulier.

L'*extirpation* a l'avantage de permettre de voir ce qu'on fait. Elle n'est pas plus dangereuse que la résection au-dessus du genou, en prenant bien la précaution de lier tous les vaisseaux à ouvrir. Elle répond aux indications fournies par l'anatomie pathologique et la pathogénie ; elle enlève, avec la veine malade, des tumeurs qui agissent par compression et par usure et qui peuvent devenir une sorte de corps étranger.

Elle fait disparaître la source qui alimentait les capillaires, agents propagateurs de la sclérose et de la périphlébite, et enlève les plaques d'endophlébite, et force le sang à passer par des collatérales.

La résection partielle au-dessus du genou a pour résultat immédiat de refaire une valvule artificielle. C'est un moyen palliatif. En bouchant les passages de la veine, en faisant un barrage, une valvule, on diminue la pression sanguine sur les vaisseaux variqueux. On les met donc dans des conditions favorables pour que leurs lésions puissent rétrocéder, mais cela ne ferme pas les capillaires sclérogènes, ne fait pas

disparaître les plaques d'endophlébite, et s'il survient une coagulation sanguine dans les varices où le sang est ralenti, le malade est menacé de phlébite progressive.

En faveur de l'extirpation viennent encore les nombreuses observations de Quénu, Reynier, à qui l'excision avait donné de bons résultats.

Schwartz, dans la thèse de son élève Charrade (1893 Paris) apporte seize observations avec bons résultats.

Remy (Congrès de chirurgie, avril 1892) publie quarante-quatre cas d'excision ; à part un cas de mort, les autres malades ont guéri ; treize ont été suivis et revus, ils présentaient de bons résultats.

Fry apporte six observations dans la *Bristish Med. jour.* 1885.

Dans la thèse de Buhl (Berlin) nous trouvons onze observations que nous relatons plus loin.

Après cet exposé, nous pouvons conclure et dire que le procédé de choix sera la ligature combinée à l'excision. C'est elle, en effet, qui offre le plus de garantie contre la récurrence.

V. — MANUEL OPÉRATOIRE

Nous avons dit quelques mots sur les différentes méthodes, dans ce chapitre nous exposerons d'abord le manuel opératoire en général, et plus loin nous insisterons sur les différentes variétés.

Quand l'opération est décidée, après un grand nombre de bains savonneux, le membre tout entier est

rasé, savonné et brossé, puis, enveloppé dans un pansement boriqué, humide pendant vingt-quatre heures avant l'intervention.

Après avoir pris toutes les précautions nécessaires que l'antiseptie exige, tant pour les mains des aides que pour les instruments, on procède à l'opération.

Cette dernière se fait avec anesthésie ou simplement avec une injection de cocaïne sur les trajets des vaisseaux.

Quelques auteurs sont partisans de l'application de la bande d'Esmarch, tandis que d'autres la rejettent ; ces derniers prétendent que la bande rend les veines moins visibles.

Le premier temps de l'opération consiste dans :

L'incision de la peau : On incise cette dernière à l'endroit où la veine est le plus dilatée, soit directement sur la veine elle-même, soit légèrement à côté, ce qui est préférable ; il faut l'inciser par petits coups pour ne pas ouvrir les veines variqueuses qui sont souvent très rapprochées du derme ; l'incision doit avoir une longueur suffisante ; les auteurs ne sont pas d'accord, tandis que Trendelenburg considère trois centimètres comme suffisants, d'autres préfèrent une incision de sept centimètres pour mieux se garantir contre la récurrence.

Des circonstances particulières peuvent obliger l'opérateur à faire de nouvelles incisions, suivies d'excisions veineuses, suivant la nécessité du moment.

Quand il existe des paquets variqueux, qui sont souvent le siège de phénomènes douloureux, dus à la compression ou l'inflammation des nerfs voisins, il est

utile d'exciser ces derniers parce qu'ils sont le point de départ de la phlébite variqueuse.

Quand la dissection des veines menace de produire un décollement, il vaut mieux faire une nouvelle incision parallèle à la première. Le temps le plus important de l'opération est la ligature de tous les vaisseaux, c'est seulement de cette façon qu'on évitera la perte de sang pendant l'opération, les épanchements consécutifs qui retardent la cicatrisation et menacent de suppurier et l'infection des veines pendant et après l'opération.

Après l'incision de la peau sur toute l'étendue de la veine malade, on dénude cette dernière avec les ciseaux courbes, soit avec une pince à dissection et la sonde cannelée, on la lie avec un catgut; puis on l'excise, pendant ce temps l'aide écarte les deux lèvres de la plaie avec un Farabœuf.

Pour ne pas perdre le sang inutilement, on appliquera les pinces hémostatiques sur toutes les collatérales qu'on vient d'ouvrir et on les lie à la fin de l'opération; si on n'a pas appliqué, dès le début, l'Esmarch, il est bon avant de serrer les fils d'élever la jambe verticalement pour chasser le sang des veines qu'on excisera. Si l'antiseptie a été suffisante, il est inutile de laver la plaie.

Difficultés opératoires. — L'existence des capillaires ou des veinules variqueuses dans la peau produit une abondante hémorrhagie pendant l'incision de la peau. Dans ces conditions, il suffit de tirer fortement sur chaque lèvre de la plaie cutanée avec des écarteurs à griffes pour l'arrêter.

En disséquant les veines, on peut rencontrer quel-

ques difficultés, parce que la veine variqueuse est tantôt ferme, et on l'enlève facilement, tantôt friable par suite d'infiltration des sels calcaires et se rompt et saigne à la moindre traction ; en outre, elle peut présenter des adhérences avec des tissus ambiants. L'ulcère, quand il existe, complique encore davantage l'opération, il faut qu'il soit préparé de longue date, le mieux serait d'attendre sa cicatrisation, sinon, après plusieurs pansements antiseptiques, il faut le détruire, ou avec la curette ou le thermo-cautère. Quand la veine est enlevée, on suture la peau avec des fils métalliques ou des crins de Florence.

L'opération terminée on fait un pansement compressif au malade, qu'on oblige de garder le lit dans une immobilité absolue pendant quelques jours, ou pour être plus sûr, il faut mettre le membre opéré dans une gouttière.

Si l'opération est bien faite, le malade ne doit avoir ni fièvre, ni souffrances. Quand la plaie est cicatrisée, on enlève les fils et vers le dix ou quinzième jour, alors que tout est fini, le malade pourra recommencer à marcher.

Dans les derniers mois de l'année passée on a introduit quelques changements à ce manuel opératoire, bien que la méthode reste la même dans ses principaux temps ; nous croyons faire œuvre utile en disant quelques mots de ces différentes variétés.

Schwarz d'abord (Bulletin de la Société médicale de chirurgie, 1898, page 126 et 338) et (numéro 74 de la Presse médicale, 7 septembre 1898), a écrit un article intitulé : « Traitement des varices par l'excision vei-

neuse avec l'ablation de grands lambeaux cutanés », dans lequel il dit : « que la peau flasque et atone, non seulement augmente les lésions variqueuses, mais de plus, intervient dans leur production ». Très judicieusement, il la compare à la peau du scrotum qui accompagne un varicocèle ; le tégument scrotal, flasque et allongé, soutient mal le cordon et le testicule de même, la peau de la cuisse et de la jambe surtout présente une flaccidité et une atonie remarquables, lorsqu'elle n'est pas le siège de lymphangites chroniques, de dermites, etc., conduisant directement à l'ulcère. Schwartz a cru remédier à cet état en faisant pour la jambe ce qu'on fait pour le scrotum, c'est-à-dire en y reséquant une partie des téguments avec les varices qui leur sont sous-jacentes, de façon à constituer un véritable bas élastique naturel comprimant ou plutôt contenant les tissus sous-jacents.

Telle est sa manière d'agir quand il n'y a pas d'ulcère, mais quand ce dernier existe, il tâche de l'enlever dans le lambeau cutané après l'antisepsie nécessaire ; pour que l'enlèvement soit possible il faut que l'ulcère ne dépasse pas en largeur le tégument à enlever, et qu'il n'ait pas dépassé en profondeur l'épaisseur de la couche sous-aponévrotique. Dans le même ordre d'idées Holtzmann, de Strasbourg, (dans sa thèse inaugurale de 1898 intitulée : « Ueber die Varicen der Unteren Extremitäten und ihre operative Behandlung nebst Mittheilung emer neuen Modification der bisherigen Behandlungs methoden »), préconise un procédé qui au premier abord, peut être rapproché de celui que nous avons exposé plus haut. Son

procédé consiste, dans le cas où les ligatures de Trendelenburg ne paraissent pas suffisantes, à pratiquer à travers les varices, en dedans, ou en dehors et en dedans de longues incisions le long de la jambe, incisions qu'on réunit ensuite, et qui produisent un tissu cicatriciel et des obstructions veineuses multiples. Il diffère du procédé de Schwarz par ce fait qu'on n'enlève pas de longs et larges lambeaux de peau et il parle encore moins de la confection des bas élastiques naturels que Schwarz préconise.

On pourrait se demander si la résection ne produit pas de troubles consécutifs. Remy répond d'une façon assez précise à cette question, il juge les résultats d'après le nombre de ses opérés. D'après lui, la résection d'une très grande portion des veines du mollet et de la cuisse, même depuis le tronc de la saphène interne jusqu'au triangle de Scarpa, ne produit aucun trouble de la circulation du membre. Trendelenburg, dans son mémoire que nous avons cité déjà plusieurs fois, explique très bien pourquoi la gêne n'existe pas après la résection. Il dit : « que la saphène interne n'est pas la seule veine qui ramène le sang du territoire des saphènes. La saphène externe et les veines profonde de leur côté exercent une garde vigilante. »

En admettant même que la saphène externe devienne aussi malade, il reste encore la poplitée avec ses valvules, la fémorale et les veines profondes par l'intermédiaire desquelles la circulation s'effectue. Tant que l'opéré reste au lit, on ne s'aperçoit de rien, seulement quand il se lève, c'est à peine si on voit un peu

d'œdème pendant quelques jours. Comme l'œdème est une complication très fréquente des varices nous dirons quelques mots de sa production et ce qu'il devient après l'opération.

Il est caractérisé par une infiltration séreuse dans les mailles du tissu cellulaire sous-cutané et il reconnaît pour principale cause un trouble dans la circulation du territoire qu'il occupe.

La gêne circulatoire est produite, d'une part, par le poids de la colonne sanguine qui fait retour du cœur, puisque les valvules de la saphène ne sont plus là pour s'y opposer, et, d'autre part, par les difficultés qu'éprouve le sang à revenir à sa source.

Ajoutons à cela les altérations nerveuses ayant occasionné une paralysie des vaisseaux de tout ordre, et surtout les lésions des capillaires. Les parois de ces derniers, sous l'influence d'une pression toujours croissante, laisseraient transsuder les parties les plus fluides du liquide sanguin.

D'après ces explications, on comprend facilement qu'en liant et réséquant la saphène en différents points on décharge la circulation, au niveau du membre inférieur, du poids d'une colonne liquide considérable, d'où diminution de la tension, régularisation du courant sanguin qui doit passer par les veines profondes et, en même temps, disparition des phénomènes d'œdème.

Dans toutes nos observations, les malades revus plusieurs mois après l'opération ne se plaignaient plus de cette enflure qu'ils observaient après la moindre fatigue.

Ulcère.— Dans la pathogénie des ulcères variqueux la théorie névritique de Terrier est surtout actuellement en faveur. Quénu, notamment, a démontré l'influence des lésions névritiques, et pour lui l'ulcère variqueux serait un trouble trophique en rapport avec la névrite sciatique produite par la dilatation des veinules interfasciculaires. Aussi exclusive, cette théorie n'est pas à l'abri de toute objection et Delbet produit contre elle un certain nombre d'arguments de valeur. Nous n'allons pas entrer dans les détails de ces objections, nous les mentionnerons seulement sous les trois chapitres suivants : *a)* Comment expliquer les troubles trophiques qui ne s'accompagnent pas ou très rarement d'ulcère variqueux comme le mal perforant plantaire par exemple ; *b)* Comment expliquer l'existence des névrites sans trouble trophique, dans les névrites il y a toujours des troubles sensitifs tandis que ces troubles manquent souvent chez les variqueux, et quand ils existent c'est seulement la sensibilité thermique qui est plus ou moins pervertie ; *c)* Comment expliquer l'action bienfaisante du repos au lit sur la cicatrisation des ulcères, s'il s'agissait simplement de troubles névritiques, on ne voit pas comment le repos suffirait à amener la régression des altérations névritiques primordiales.

Mais sans exclure l'intervention de la névrite dans la production de l'ulcère, nous croyons qu'elle n'agit pas seule et que la station debout joue un rôle mécanique important qui consiste dans le trouble hydrostatique des veines du membre variqueux. Les ulcères ne sont nullement en rapport avec le nombre et le

volume des paquets variqueux ; un ulcère peut exister avec des varices à peine apparentes et, inversement, de gros paquets variqueux peuvent ne jamais se compliquer d'ulcère. De ce fait, souvent constaté, on peut dire que le volume des varices jambières n'a qu'une importance secondaire dans la formation des ulcères, et que l'insuffisance valvulaire est la cause principale de la production de l'ulcère.

La circulation s'effectue normalement tant que les valvules s'accolent, mais dès qu'elles deviennent insuffisantes, la circulation se trouble profondément et l'irrigation défectueuse qui en résulte pour les tissus explique très bien leur envahissement par l'ulcère. L'excès de pression dans la saphène à valvules forcées se transmet par les origines de la veine jusqu'aux réseaux capillaires ; il en résulte aussi, pour le sang oxygéné des capillaires, un véritable barrage qui diminue l'activité des échanges nutritifs indispensable à la vie des tissus. Cette théorie trouve encore sa confirmation dans la localisation habituelle des ulcères, l'ulcère de la jambe est devenu à peu près synonyme d'ulcère variqueux, c'est la région malléolaire interne ; la face interne du tibia est le siège primitif de l'ulcère parce que la pression y est plus grande.

Par ce vice de circulation, au membre inférieur se trouve constitué une sorte de cercle circulatoire isolé du reste de la circulation. Le sang qui y séjourne est un sang impropre à la nutrition des tissus, morts pour ainsi dire, puisqu'il ne va que difficilement aux poumons chercher la vie dans l'oxygénation.

La conclusion qui s'impose est que pour guérir un

ulcère variqueux, il faut avant tout supprimer la tension sanguine exagérée. Cette suppression s'obtient par l'opération de Trendelenburg qui, en soulageant les veines de leur fardeau, crée des conditions nouvelles à la circulation veineuse qu'elle rend plus facile et l'approche de l'état normal autant qu'il est possible.

Phénomènes douloureux. — Ils surviennent chez les variqueux et ils ont pour cause soit la compression des filets nerveux, soit l'existence d'une phlébite des veines adhérentes aux nerfs du voisinage, et même la dilatation variqueuse des vasa-nervorum qui participent au processus général de phlébo-sclérose ; telle est la sciatique, fait que Quénu a nettement démontré dans une communication relatée au Congrès de chirurgie (avril 1892) ; il établit que la sciatique reconnaissait pour origine des varices de ce nerf et que la douleur ne cédait qu'à la résection des varices principales.

L'intervention opératoire sera efficace, car par la résection nous faisons cesser les phénomènes de compression et, par là, nous empêchons la production des varicosités et la phlébite des veinules des nerfs. Dans les observations que nous avons vues et dont nous relatons plus loin les résultats, les douleurs qui ne laissaient pas le malade tranquille pendant la marche et la station debout, le travail et même pendant le repos de nuit, disparaissent. Les opérés retrouvent l'usage et la force de leurs membres, les veines placées en aval du point opéré profitent de la diminution de la surcharge veineuse du membre et de l'existence de val-

vules refaites par le barrage artificiel, elles diminuent de volume.

La cicatrice reste violacée et ecchymotique pendant quelques temps, puis la jambe redevient normale et la cicatrice blanche. Quelquefois, malgré les précautions antiseptiques les plus minutieuses, la cicatrisation ne survient que très lentement. Cette lenteur est due à des troubles trophiques de la peau qui sont aidés dans leur production par une circulation superficielle défectueuse. L'érythème, l'eczéma, etc., sont des faits produits et entretenus de la même façon.

Bien que nous ne puissions par l'acte opératoire atteindre directement le principal coupable, qui est très probablement le système nerveux, et que nous n'arrivions pas à procurer la guérison définitive, nous obtenons, du moins, une amélioration prolongée.

VI. — SUITES ÉLOIGNÉES

C'est par les résultats éloignés des opérations que l'on peut véritablement juger de leur valeur.

Si le procédé opératoire que nous venons d'exposer dans le chapitre du traitement n'avait produit que des guérisons temporaires comme celles obtenues par le repos et les palliatifs, il ne leur serait pas préférable, puisqu'il cause un traumatisme et que le danger, quoique diminué par l'antisepsie, n'en existe pas moins. Sans rien préjuger sur la question, nous allons exposer dans ce chapitre les résultats éloignés obtenus par les méthodes récentes : la résection large de toutes les

varices ou création de valvule artificielle sur la saphène interne avec résection de cette veine entre deux ligatures et extirpation de tous les paquets variqueux.

Dans les observations que nous publions en résumé nous avons groupé tous les cas favorables et tous les échecs dus à ces procédés opératoires. Ainsi nous espérons donner un aperçu général sur la question.

Il est très facile à dire qu'un malade est guéri en sortant de l'hôpital, mais il est difficile de le suivre; le cas est applicable à nos statistiques hospitalières.

Malgré le nombre d'opérations publiées, il est difficile de reconnaître leurs résultats éloignés. Quénu se plaignait, avec quelque raison, de ne pas avoir assez de documents pour se prononcer.

En effet, nous voyons des opérateurs annoncer des opérations par trentaine sans donner autre chose que le résultat immédiat.

Qu'un malade sorte cicatrisé de la salle d'hôpital, cela ne signifie pas qu'il est guéri, surtout quand il s'agit d'une affection aussi envahissante que les varices. Il faut pour prouver la solidité du résultat que l'opéré ait repris le travail et affronté les fatigues.

Nous relatons d'abord quelques observations inédites et nous les faisons suivre de tableaux de statistiques, où sont consignés les résultats opératoires à distance obtenus par divers chirurgiens.

Nous avons emprunté ces observations aux différents auteurs dans l'ordre suivant :

Aux docteurs Rémy (1-21, 47-57) ; Charrade (22-23, 58) ; Riolacci (24-25) ; Buhl (26-36) ; Robin (37-38) ; Jaboulay (39) ; Robineau, Guériveau (40-46). (Pour des détails plus précis, voir la bibliographie).

VII. — OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Maurice Pollosson)

*Varices de la jambe gauche avec nombreux paquets variqueux.
— La résection de la saphène interne entre deux ligatures.
— Extirpation des paquets variqueux. — Guérison. —
Malade suivi pendant trois ans.*

Le nommé X..., âgé de 41 ans, se présente dans le service de M. Polosson (M.), en 1896. Il est porteur de volumineuses varices du membre inférieur G. Ses varices forment une série de paquets étagés le long de la saphène interne ; à la face interne de la jambe, au niveau du creux poplité, il existe un lassis veineux très considérable ; petites varices superficielles en plus sur le pied et la jambe.

M. Polosson (M.), pratique l'excision entre deux ligatures du gros paquet, situé au niveau du creux poplité ; après, il fait plusieurs ligatures étagées, suivies d'excisions sur la saphène interne de la cuisse. Le résultat immédiat est excellent, le malade n'a pas eu de suites opératoires, la cicatrisation de ses incisions se fait sans difficulté, il n'a pas eu de température, il marche et se considère comme guéri de son affection. Ce même malade est revu en 1899 par M. Pollosson.

Depuis trois ans la cure des varices s'est maintenue. Aucune douleur, aucune gêne fonctionnelle. La circulation veineuse du membre inférieur se fait très bien. C'est à peine s'il subsiste sur le dos du pied quelques petites veinules superficielles dilatées.

Ce résultat éloigné est donc parfait.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance du Docteur Martial).

Varices de la jambe gauche avec paquets variqueux. — Résection de la saphène au 1/2 et au 1/3 inférieur de la cuisse. — Extirpation des paquets variqueux. — Guérison. — Malade suivi pendant trois ans.

Le nommé C..., âgé de 45 ans, marchand de journaux, à Paulhaquet (Hte-Loire), a de gros paquets de varices à la jambe gauche. Il s'est blessé avec un clou, s'est ouvert et déchiré la veine et perd beaucoup de sang. Opération faite en 1896, par le Docteur Martial. Après l'antisepsie, on fait l'anesthésie locale par la cocaïne. Il fait au 1/3 moyen de la cuisse une résection de la veine entre deux ligatures au catgut. Même opération au 1/3 inférieur de la cuisse avec résection d'un volumineux paquet de varices au 1/3 supérieur de la jambe. Le malade a été revu en mars 1899 par M. le Docteur Martial. Depuis trois ans cet opéré va très bien. Il ne souffre plus, les varices ne se sont pas reproduites. Il marche toute la journée sans fatigue.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. Gangolphé, chirurgien-major)

Varices de la jambe gauche. — Œdème, douleurs. — Paquets variqueux. — Résection de la saphène interne. — Extirpation des paquets. — Guérison. — Malade suivi pendant treize mois.

Le nommé Stouvenel Victor, 48 ans, mécanicien, né à Amiens, demeurant à Lyon, chemin des Sablonniers, entré à l'hôpital le 18 février 1898.

Comme antécédents héréditaires, mère avait des varices

ainsi que sa sœur qui porte de gros paquets variqueux. Le malade a reconnu des troubles dans sa circulation veineuse inférieure dès l'âge de 17 ans. Portant sur la jambe gauche et nécessitant sa mise d'office dans la cavalerie jusqu'en 1895, il n'a eu aucun trouble fonctionnel. A ce moment, à la suite de fatigues, sa jambe enflait et le malade portait un bas. Il y a six mois, le malade eut des lancées douloureuses, des sensations de cuisson. Il y a quelques jours, la jambe devint pesante, la marche fut pénible et actuellement le malade ne peut se porter sur sa jambe.

A l'entrée, on constate à première vue l'existence de nombreux paquets variqueux, l'un qui se trouvait à l'endroit où la lésion avait débuté, siège à la partie médiane de la jambe, sur le bord externe du tibia. Celui-là a dû s'enflammer ; point douloureux, tuméfaction un peu dure ; empâtement périphérique non réductibilité. *Paquets* en ficelle à la face postérieure du mollet. *Paquet* à 1 centimètre au-dessus du condyle interne. *Paquet* à l'angle inférieur du triangle de Scarpa, un autre à la partie supérieure.

Tous ces paquets sont réductibles, communiquent largement entre eux et donnent lieu à une fluctuation manifeste.

La veine saphène est dilatée, saillante sous la peau.

Ses valvules sont insuffisantes, car il est possible de remplir le cul-de-sac supérieur en comprimant en aval. Les expériences de Trendelenburg et de Delbet sont positives, verticalement et même horizontalement le cours du sang peut se faire de haut en bas. Les sacs supérieurs sont animés de battements isochrones à ceux de la fémorale qui les transmet.

Quelques troubles trophiques du côté de la peau, à partie inférieure desquamation sur une rougeur violacée ; marbrures violacées sur la face externe ; en somme, premières lésions de l'eczéma variqueux. Douleurs profondes dans le mollet.

Jambe lourde, marche pénible, pas d'autres troubles trophiques.

Opération : En février 1898, résection des paquets variqueux du mollet.

Résection de la saphène sur une longueur de 50 centimètres.

Le malade, revu le 9 mai 1898, était dans un état satisfaisant, pas de douleurs, ni œdème.

Nous avons revu le malade en mars 1899, treize mois après, il se porte très bien. Il ne souffre plus, malgré son emploi qui exige la station debout prolongée. Plus d'œdème, ni douleurs. Pas de récurrence. La dilatation des veines a disparu presque complètement, excepté à la partie externe de la jambe où le paquet variqueux non enlevé persiste, mais notablement diminué.

Dans cette observation-là, le résultat est surprenant. Le malade se trouvait dans la nécessité de quitter son travail parce que sa jambe enflait jusqu'à la cuisse et lui rendait la marche et la station debout (ce que son métier exige) impossibles.

Après l'opération, nous voyons un malade, qui était presque impotent, reprendre de nouveau son métier et supporter de grandes fatigues sans rien ressentir. Du reste le malade était très content de l'opération et des bons résultats obtenus.

OBSERVATION IV (Inédite)

Varices de la jambe droite compliquées d'ulcères sur la face interne de la jambe d'une dimension de 5 francs et d'une dimension plus petite sur la face externe de la jambe droite.
— Œdème. — Douleurs. — Eczéma.

Le nommé R., âgé de 53 ans, typographe, demeurant à Lyon, entre dans le service de M. le Professeur Augagneur, suppléé par M. Siraud, le 24 juin 1897. On n'a pas trouvé d'antécédants

héréditaires antérieurs ; le malade n'est pas marié, il fait quelques excès alcooliques ; il rentre à l'hôpital pour des ulcères siégeant à la jambe droite ; sa profession l'oblige à rester debout, et cela depuis quelques années ; il est porteur de varices depuis environ dix ans. Il y a quatre ans, apparût un ulcère sur le 1/3 inférieur de la face interne de la jambe droite ; cet ulcère traité par le repos a guéri entièrement.

Il y a deux ans sur la même jambe se sont formés de nouveaux ulcères, qui ont guéri de nouveau par le repos. En même temps il y avait d'énormes varices, des altérations cutanées assez intenses. Depuis deux ans, réapparition des ulcères à la jambe ; on le traite par des applications de poudre de talc et de bismuth.

A l'entrée du malade, on constate deux ulcérations siégeant sur la face interne de la jambe droite, à la dimension d'une pièce de 5 francs. Sur la face externe, il y a deux autres ulcères de dimensions un peu moindres ; les bords des ulcères sont assez bien limités ; ils sont surélevés, durs, le fond est grisâtre et sécrète un liquide séro-purulent assez abondant. Le malade a un peu d'œdème des jambes, il se plaint de douleurs au niveau du cou-de-pied droit. Rien à noter du côté de la jambe gauche. La saphène interne n'est pas saillante sur la cuisse droite ; à la jambe, au contraire, elle fait une saillie assez considérable ; a une direction légèrement sinueuse et a fortement augmenté de volume. La peau est atteinte d'eczéma variqueux.

Opéré le 13 août 1897. Au moment de l'opération les ulcères sont guéris, il reste de l'œdème et de l'eczéma variqueux.

Ablation des varices, première incision de 8 à 9 centimètres de long. Sur la face interne du tibia, le long de la saillie de la saphène. Résection de la veine sur cette longueur ; la veine atteint les dimensions d'un porte-plume et en quelques points ses parois sont rigides.

Deuxième incision sur la partie interne du fémur, vers le 1/3 inférieur un peu moins longue que la précédente et une résection de 6 centimètres de la veine qui présente un volume assez considérable. Suture au fil métallique. Hémorrhagie capillaire le soir de l'opération à la partie inférieure de l'incision de la jambe : ablation des fils et tamponnements à la gaze iodoformée, lavage préalable à l'eau chaude. Hémostase complète.

Le 19 septembre 1897, la plaie supérieure est entièrement cicatrisée sur presque tout son trajet, sauf à la partie inférieure où existe un peu de suppuration ; dans la plaie inférieure la réunion s'est opérée sur la moitié supérieure ; il existe une légère ulcération sur la moitié inférieure tout près de la crête du tibia. Le bout supérieur de la saphène à partir de la plaie supérieure est douloureux, saillant, donne à la palpation la sensation de cordons légèrement indurés et sur la peau existe le long de son trajet une suffusion rougeâtre, on enlève un fil de soie de la plaie supérieure. Pas de sphacèle en aucun point. Le 13 octobre 1897, les plaies sont entièrement cicatrisées, plus d'œdème, disparition de la sensation de pesanteur ; pas de troubles de sensibilité ; reste un peu d'eczéma variqueux, on sent encore un cordon veineux le long de la partie postérieure de la jambe et le long de la cuisse. Valvule de la saphène suffisante par l'expérience de Trendelenburg. Le malade a été revu plusieurs fois depuis l'intervention, le dernier examen date du mois de mars 1899 (vingt et un mois après l'opération), la guérison s'est maintenue, non seulement les ulcères n'avaient pas reparu mais l'eczéma a disparu. Ce malade avait repris sa profession de typographe. Toutefois il persistait un peu d'œdème accusé le soir surtout.

OBSERVATION V (Inédite)

Varices des deux jambes des veines sous-cutanées et profondes.

— *Paquets variqueux siégeant au niveau du mollet gauche.*

— *Douleurs. — Œdème.*

Un nommé Louis Revol, 68 ans, tisseur, né à Chabons, demeurant à Lyon.

Il entre au service de M. Augagneur, suppléé par M. Siraud, le 18 août 1899, pour des varices siégeant dans les deux membres inférieurs et dont le début remonte à de nombreuses années. Le malade dit être porteur de varices depuis l'âge de 18 ans. Comme antécédents il a eu une attaque de rhumatisme articulaire, il y a douze ans. Jamais il n'en a souffert depuis. Le malade n'est pas marié; il fait quelques excès alcooliques. Ses varices sont sous-cutanées et profondes, il éprouve des douleurs au niveau du pied et sa jambe enfle fortement le soir, après la station debout. A l'entrée du malade les varices sont très nettes, il existe des paquets variqueux dont les veines sont tortueuses et notablement grosses, siégeant au niveau du mollet gauche et du côté droit au 1/3 supérieur de la jambe. Les saphènes sont légèrement saillantes à la cuisse, œdème moû des pieds, surtout à droite. Le malade ne présente pas actuellement de troubles trophiques de la peau, ni d'ulcères.

Opération le 20 août 1897 : consistant dans l'extirpation de la saphène interne du côté droit sur une étendue de 20 centimètres. Les paquets variqueux sont gros, turgescents et sous forme de convolutions; ils sont assez facile à disséquer. Ligature des veines collatérales. La dissection est poursuivie jusqu'à la partie inférieure du creu poplité. Il n'y a pas eu de perte de sang par suite de l'application de la bande d'Esmarch.

Le 27 août, le malade n'a pas eu jusqu'à présent de température, il n'a souffert que très modérément au niveau de

l'extrémité inférieure de l'incision ; ablation des fils métalliques en partie. A l'extrémité inférieure de la plaie et sur la face interne du tibia existe un petit point de sphacèle de la dimension d'une pièce de 50 centimes. A l'extrémité supérieure de la plaie, quelques troncs variqueux sont rouges, tuméfiés et douloureux. Il semble y avoir un peu de phlébite. (Le malade s'est levé).

Néanmoins pas d'œdème de la jambe et douleurs très modérées.

L'étendue de la plaie a très bon aspect. Pas de pus. Réunion presque parfaite des lèvres de la plaie.

Le 15 octobre 1897, disparition de la sensibilité à la piqure localisée par le malade au pied. Disparition de l'œdème du soir, malgré la marche du malade qui trouve que sa jambe est plus légère.

Pas de troubles de sensibilité ailleurs qu'à l'endroit indiqué. La plaie est entièrement cicatrisée et a très bon aspect. La saphène n'est pas visible à la cuisse, mais elle se sent à la palpation. Les valvules de la saphène interne sont suffisantes du côté opéré.

Nous avons revu le malade en mars 1899 (dix-neuf mois après) Il est très bien portant. Disparition de tous les troubles. Pas de récurrence.

OBSERVATION VI (Inédite)

*Varices doubles des membres inférieurs.—Eczéma.—Crampes.
Sensation de brûlure*

Le nommé Auguste Poncet, 32 ans, garçon d'office, demeurant à Lyon.

Entre le 2 août 1898, dans le service de M. le Professeur Augagneur, suppléé par M. Siraud. Pas de maladie antérieure. Le malade a fait 5 ans de service (à pied). Il y a

1 an 1/2, il s'est aperçu qu'il était atteint de varices. Actuellement, la marche et la station debout prolongée sont difficiles ; il éprouve des douleurs.

Pas de douleurs névritiques dans le membre inférieur. Les tumeurs veineuses sont d'un volume considérable et saillantes sur le tégument. Elles siègent sur les deux jambes, sont molles, flexueuses, réductibles par la pression, non pulsatiles.

A la cuisse, la circulation périphérique représentée par des veines dilatées et volumineuses. Pas d'ulcérations cutanées.

On note cependant sur la partie inférieure des jambes une éruption eczémateuse caractérisée par des macules violacées à bords polycycliques, desquamant non prurigineuse. Pas de troubles de la sensibilité, mais crampes dans les jambes, sensation de brûlure, pas d'hypérostose, ni troubles trophiques.

Un peu de varicocèle, pas d'hémorroïdes. Le travail est devenu presque impossible. L'opération est pratiquée le 6 août 1898 sans anesthésie. On résèque des paquets variqueux des deux côtés sur la face interne des deux jambes (45 centimètres de paquets variqueux environ sont réséqués de chaque côté). Suture de la peau au catgut. Drainage à la partie déclive. Un premier pansement au huitième jour qui suit l'intervention. On enlève le drain. Pas de suppuration. Le 19 août pas de température. Etat général excellent, mais il persiste de l'œdème dans les membres supérieurs surtout dans la station debout.

La ligne de réunion cutanée reste un peu tuméfiée, de coloration rouge foncé. Malgré cet aspect elle semble solide.

Le 23 août, le malade qui s'est levé depuis deux jours est condamné de nouveau au repos au lit.

Ce malade a été revu le 10 octobre 1898 par M. Siraud et en mars 1899 par nous, c'est-à-dire huit mois après l'intervention. La cicatrice est en parfait état. L'œdème des membres

inférieurs, les crampes, les symptômes douloureux avaient disparu. Le malade a repris sa profession.

OBSERVATION VII (Inédite)

Varices de la jambe gauche avec paquets variqueux. — Douleurs — Œdème. — Crampes, etc.

Le nommé Claude Gaudin, 49 ans, teinturier, demeurant à Lyon, entre le 28 juin 1898 dans le service de M. le Professeur Augagneur, suppléé par M. Siraud. Il y a trois ans, apparition des ampoules vers la malléole interne gauche qui se sont développées depuis en remontant sur la face interne de la jambe jusqu'au genou. Métier assez pénible. Les sensations de fatigue surviennent vite s'accompagnant de sensations de pesanteur et d'élancements douloureux dans la jambe gauche principalement. La fatigue amène aussi une augmentation de volume des deux jambes disparaissant par le repos. Douleurs lancinantes la nuit sans causes apparentes à gauche surtout.

État actuel : Tumeurs de la grosseur d'un œuf de pigeon échelonnées le long de la face interne de la jambe gauche de la malléole au genou. Autre ampoule à la cuisse sur le trajet de la saphène correspondante. Quelques petites dilatations variqueuses à la jambe droite. Toutes ces tumeurs diminuent par le décubitus horizontal. Le 2 juillet 1898, M. Augagneur pratique la ligature de la saphène gauche. Cicatrisation au bout de dix jours. Le malade peut se lever et marcher. Depuis l'intervention le malade accuse des douleurs vagues au niveau de la cicatrice, mais plus marquées dans les mollets et le long des paquets variqueux, car les veines se gonflent dans la marche. On note toujours à gauche sur la face interne des jambes des paquets variqueux rénitents qu'on peut faire disparaître par la pression. Les varices augmentent de volume

dans la marche, le malade éprouve des douleurs, des fourmillements. A droite paquets variqueux de même caractère siégeant vers creux poplité. Le 19 août opération consistant dans la résection de deux paquets variqueux à gauche sur la face interne de la jambe. A droite dans le creux poplité. A remarquer la friabilité extrême des veines qui cèdent et se déchirent à la moindre pression exercée par les pouces. Bon état général. Pas de fièvre. On enlève les fils. Pas de suppuration. Quelques douleurs persistent dans les jambes. Nous avons revu le malade en mars 1899, dix mois après l'intervention. Il est très bien portant, pas de récédive.

STATISTIQUE DES OPÉRATIONS DE VARICES FAITES PAR LA LIGATURE ET LA RÉSECTION DE LA SAPHÈNE INTERNE

avec extirpation des paquets variqueux

Résultats éloignés terminés par la guérison

DATE de l'opération	NOM	AGE	PROFESSION	DIAGNOSTIC	RÉSULTATS
Décembre 1889. Avril 1890.....	M... Caroline... 1	34	Cuisinière.....	Varices des grosses veines compliquées de varices profondes et ulcères de deux jambes avec œdème, douleurs, eczéma, dermite.	Revue en 1896 (six ans après). La malade est très bien, la douleur a disparu, la cicatrice est parfaite. Les ulcères n'ont pas récidivé, reste une tache d'eczéma grosse comme 50 centimes, qui disparaît après traitement approprié. Elle a repris son métier avec succès. Pas de dermite, la peau est souple, pas de douleurs.
Décembre 1890.	Mme G... Adrienne 2	54	Cuisinière.....	Varices des grosses veines avec ulcère grand comme 5 francs sur la jambe gauche.	Revue en 1896 (6 ans après). Elle a repris son métier, reste debout toute la journée sans fatigue et fait de longues courses. L'induration autour de l'ulcère a disparu. La cicatrice et la peau voisine sont devenues souples, mais la <i>sensibilité</i> a disparu presque complètement dans la cicatrice. La guérison et le bon état du membre sont parfaits, ni les varices, ni l'ulcère n'ont reparu.
Décembre 1890.	Planet Ant..... 3	24	»	Varices circonscrites des grosses veines.	Revu (6 ans après). Le malade n'a pas de douleur ni de fatigue pendant son travail qui oblige le malade à rester longtemps debout. La jambe gauche est revenue à son état naturel. Pas de récidive.
Mars 1890.....	Gonvat Nicolas... 4	33	Gardien de la paix..	Varices circonscrites des grosses veines.	Revu [5 ans après). Guérison parfaite, Disparition des douleurs. Pas de récidive.
Janvier et février 1891.....	Hackspiel J..... 5	55	Charpentier....	Varices des grosses veines très étendues aux deux jambes, gonflement, douleurs.	Revu (4 ans après). Le malade porte encore un bas, marche constamment sans douleur ni fatigue. Retour absolu de la fonction du membre depuis l'opération.
Octobre 1893...	Baumier Emile... 6	44	Journalier.....	Varices des grosses veines à reflux cardiaque avec ulcère d'une grandeur de 10 cent. sur 5 sur la jambe gauche, la face profonde de la peau est de couleur chamois.	Revu en 1896 (3 ans après). Le malade se porte très bien. Pas de récidive ni du côté de l'ulcère ni du côté des varices.
Novembre 1890.	Richardot Alfred.. 7	23	Maçon	Varices étendues des grosses veines de la jambe droite, compliquées p. un grand ulcère incurable.	Revu (2 ans et 1 m. après). Partit en Afrique. En 1892 il écrit : « Maintenant je suis soldat, je fais des marches de 20 à 30 kilomètres par jour et avec le sac. Je ne ressens pas de fatigue. »
Avril 1894.....	Guyomar..... 8	54	Cordier.....	Varices étendues des grosses veines de la jambe gauche.	Revu (2 ans et 3 m. après). Le malade est toujours bien guéri s. récid.; son membre a repris ses forces et ses fonctions. Plus de douleurs.

Mars 1894.....	Privet François... 9	42	Tonnellier.....	Varices étendues des grosses veines de la jambe gauche.	Reçu (2 ans et 6 m. après). Les troubles ont disparu, les paquets varicocœux du mollet ont bien diminué. Il reste de nombreuses varicocités bleuâtres sur le dos du pied.
Septembre 1893	Lelièvre Isidore... 10	50	"	Varices circonscrites.	Reçu (3 ans après). Le malade est très bien guéri et sans récidive.
Février 1889.....	Kribbs Léon..... 11	28	Garçon pharmacien..	Varices généralisées avec ulcère de la jambe gauche.	Reçu (1 an après). Pas de récidive. Les varices laissées en place ont disparu. Ulcère guéri.
Avril 1889.....	Worck Cyrille... 12	17	"	Varices généralisées sans ulcère de la jambe droite.	Reçu (18 mois après). Pas de récidive. Le malade est très satisfait.
Novembre et décembre 1889.	Brault Louis..... 13	31	Employé de chemin de fer.....	Varices des grosses et petites veines avec hyperostose sur les deux jambes avec ulcère large.	Reçu (3 ans après). La peau est souple et glisse sur les parties profondes. Le malade a repris son travail sans que la récidive se produise après 10 ans de souffrances.
Novembre 1889.	Diehl Jean..... 14	28	"	Varices circonscrites de la jambe gauche.	Reçu (1 an après), bon état. Refusé à la légion étrangère où il désirait s'engager. Cette observation nous la retrouvons dans la thèse de Charrade (Obs. XII). Le malade admis le 4 mars 1890 (dit-il) a faire son service militaire.
Mars 1890.....	Julien Jules..... 15	30	Employé de commerce	Varices étendues d. gros. veines sur les deux jamb. av. ulcère au début	Reçu (1 an après), très satisfait, pas de récidive, varices disparues. Le malade a repris son travail sans douleurs ni gêne.
Avril et mai 1890	Schlöter Bastien... 16	50	Fondeur en cuivre....	Grosses varices généralisées. la jambe g. avec ulcère étendu incurable et dermite hypertrophique.	Reçu (1 an après). La peau est souple sur les parties profondes, très bon état, l'ulcère guéri n'a pas récidivé. La dermite est complètement disparue.
Novembre 1890.	Planet Benjamin... 17	21	Gardien de la paix...	Varices circonscrites sur la jambe gauche.	Reçu (16 mois après), guérison.
Décembre 1890.	Guillaume Félix... 18	37	"	Varices de la jambe gauche.	Reçu en mai 1892 (17 mois après), bon état. Roule les chariots de la distribution des vivres toute la journée.
"	Grisein..... ff9	"	Cuisinière.....	Varices étend. des gros. veines de la jambe g. avec ulcère incurable.	Reçu en 1892 (17 mois après). La malade a repris son métier avec succès. Plus d'ulcère, fait trois ou quatre lieues à pied.
Juin 1891.....	Fouquion..... 20	18	Employé d'usine.....	Varices généralisées de gros. veines sur la jambe gauche, douleur.	Reçu (11 mois après). Le malade fait tous les jours une longue course sans douleur ni fatigue. Excellent résultat.
Juillet 1891....	Lainé Louis..... 21	31	Journalier.....	Varices multiples sur la jambe gauche.	Reçu (10 mois après). La cicatrice est souple, pas de récidive. Résultat satisfaisant. Le malade a repris son travail et ne souffre plus depuis l'opération.
Août 1885.....	M... Nicolas..... 22	34	Employé de commerce	Varices de la jambe gauche, douleurs.	Reçu en 1891 (6 ans après). Ni récidive de varices, ni de douleurs, la guérison est durable.
Avril 1891.....	F... Charles..... 23	55	Garçon d'écurie.....	Varices de la jambe g. compliq. d'un ulcère grand comme 2 francs.	Reçu (13 mois après). La guérison persiste, l'ulcère ne s'est plus reproduit.

DATE de l'opération	NOM	AGE	PROFESSION	DIAGNOSTIC	RÉSULTATS
Octobre 1892...	Gr... J. B. 24	44	Boulangier.....	Varices de la jambe gauche compliquées avec un ulcère au début.	Revu en mars 1897 (4 ans et 5 m. après). Le malade a repris son travail et n'a pas manqué une journée. Il ne souffre plus. L'ulcère n'a pas reparu, il a la jambe malade aussi forte que la saine.
Mai 1889 et février 1892...	C... Henri 25	52	Menuisier.....	Varices aux deux jambes.	Opéré une fois en 1889. Après quelques temps les varices se sont reformées. Deuxième opération complète en 1897 (5 ans après). Le malade se porte très bien, il a repris son travail. Ni douleur ni récidive.
14 Décemb. 1894	W..... 26	44	Maçon.....	Varices étendues, jambe droite avec ulcère de 27 centimètres.	Revu le 11 mai 1896 (17 mois après). Il n'avait pas de récidive d'ulcère ni de varices, le malade se considère comme guéri, il a repris son travail et ne sent rien. Pas de douleur ni d'œdème.
8 Février 1894...	B..... 27	30	Chauffeur dans un bateau.....	Varices généralisées de la jambe gauche compliquées de trois ulcères, la même jambe d'une grandeur de 50 centimètres à 5 francs.	Revu (17 mois après). Se porte très bien, pas de récidive. Jamais manqué une seule journée à son travail, pas de douleurs ni de difficulté de la marche.
29 Juin et 17 Juillet 1894.....	L..... 28	21	Domestique.....	Varices étendues des deux jambes.	Revu (23 mois après). Se porte très bien. Pas de récidive.
1 ^{er} Août 1894...	H..... 29	21	Cuisinière.....	Varices de la jambe gauche compliquées d'ulcère, d'œdème et douleurs.	Revue (21 mois après), pas de récidive ni œdème. Elle a repris son métier avec succès. Reste encore un peu de douleurs, très légères.
24 Avril 1894...	F..... 30	23	Ingénieur.....	Varices de la jambe droite avec douleurs et œdème.	Revu (25 mois après). On ne trouve pas de récidive, pas de douleurs ni œdème. Le malade se considère comme guéri.
27 Février 1895...	K..... 31	34	Menuisier.....	Varices de la jambe gauche compliquées d'ulcère grand comme 1 fr.	Revu (15 mois après). Pas de récidive ni de douleurs. Il a repris son travail. Reste légère dilatation variqueuse des veines de la peau.
9 Avril 1895...	A..... 32	22	Domestique.....	Varices de la jambe gauche.	Revu (13 mois après). Guérison, pas de récidive.
4 Juillet 1895...	Mme R..... 33	25	Ménagère.....	Varices de la jambe droite avec ulcère.	Revue (12 mois après). Très bien portante, sans récidive.
25 Mai 1895 et 12 Juin 1895...	G..... 34	21	Ferblantier.....	Varices des deux jambes avec ulcère de la jambe gauche.	Revu (1 an après). Très bien portant. Travaille sans difficulté, plus de douleurs ni œdème. Pas de récidive.
18 Avril 1895...	H..... 35	42	Ouvrier.....	Varices de la jambe droite.	Revu (13 mois après). Guérison.
3 Juillet 1895...	S..... 36	30	Forgeron.....	Varices de la jambe droite avec ulcère.	Revu (12 mois après). Le malade a repris son métier avec succès. Guérison.
Août 1888.....	B..... 37	26	Garçon boulanger...	Varices de la jambe droite avec ulcère.	Suicide en juillet 1896 (4 ans et 11 m. après) d'après les renseignements que l'on a eus, le malade ne s'est jamais plaint. Ni récidive ni douleurs.

dilatées, la peau était pigmentée mais moins rouge qu'autrefois. L'ulcération annuelle ne s'était pas reproduite. Venu pour se faire opérer de la jambe gauche qui porte un ulcère.

Revue en mars 1879 (5 ans après). L'opération faite par M. Jaboulay consistait de la résection d'un centimètre de la saphène interne au 1/2 de la cuisse sans extirpation des paquets variqueux, nous avons revu la malade, elle ne souffre plus, l'œdème n'a jamais reparu, les douleurs et les autres complications non plus, les paquets variqueux très diminués existent encore un peu, la démangeaison a reparu et incommodé beaucoup la malade, autrement elle est très contente.

datant de quinze ans sur la jambe droite.

Varices de la jambe gauche avec œdème, fourmillements, crampes, douleurs et démangeaisons.

Février.....	Mlle M. R.....	33	Demoielle de magasin.....	Varices de la jambe gauche avec œdème, fourmillements, crampes, douleurs et démangeaisons.
	39			

Résultats éloignés sur la phlébite variqueuse

Résection de la saphène interne et bourrelets variqueux. Le malade guérit rapidement. Revu (2 ans et 3 m. après), la jambe est en excellent état. La cicatrice souple. Il n'y a un resic de varice que sur la saphène externe.

Revue (15 mois après). La malade ne se plaint plus de ses varices qui sont très peu marquées. Les ulcères ne se sont pas reproduits. La phlébite et la douleur non plus. Elle a repris son travail avec succès. L'opération n'a pas eu de retentissement sur la grossesse.

Varices et phlébite siégeant au niv. de la saphène int. gauche, étendue de la partie moyenne de la j. jusqu'au 1/3 inférieur de la cuisse.

Varices de la jambe gauche compliquées de phlébite, douleurs, œdème et ulcérations. Malade variqueuse depuis sa première grossesse, actuellement enceinte de 2 m. 1/2.

Varices de la jambe droite compliquées de phlébite, douleurs, œdème. Malade variqueuse dep. sa première grossesse, actuellem. enceinte de 5 m. 1/2. Saphène int. thrombosée, bourrel, notable à fac. int. et du mollet.

Février 1892....	L... Ernest.....	43	Sans profession.....	Varices et phlébite siégeant au niv. de la saphène int. gauche, étendue de la partie moyenne de la j. jusqu'au 1/3 inférieur de la cuisse.
	40			
Décembre 1896.	O... Joséphine..	27	Domestique.....	Varices de la jambe gauche compliquées de phlébite, douleurs, œdème et ulcérations. Malade variqueuse depuis sa première grossesse, actuellement enceinte de 2 m. 1/2.
	41			
Décembre 1896.	C... Joséphine..	33	Ménagère.....	Varices de la jambe droite compliquées de phlébite, douleurs, œdème. Malade variqueuse dep. sa première grossesse, actuellem. enceinte de 5 m. 1/2. Saphène int. thrombosée, bourrel, notable à fac. int. et du mollet.
	42			

Revue (11 mois après). On constate l'intégrité de la cicatrice et la disparition complète des varices. Seule la saphène externe présente quelques dilatations. Pas de retentissement sur la grossesse. La jambe gauche, non opérée, est œdémateuse et fait souffrir beaucoup la malade.

Varices des deux jambes compliquées de phlébite du côté gauche avec fièvre.

Varices des deux jambes avec phlébite variqueuse du côté gauche.

Février 1892....	C.....	28	Domestique.....	Varices des deux jambes compliquées de phlébite du côté gauche avec fièvre.
	43			
Décembre 1895.	C.....	34	Ajusteur.....	Varices des deux jambes avec phlébite variqueuse du côté gauche.
	44			

Revue (2 ans après). La jambe gauche opérée est en très bon état. Les varices sont très atténuées. La malade n'a pas eu de nouvelle poussée de phlébite, elle a repris son travail avec succès. Souffre de la jambe droite non opérée.

Revue (2 ans et 3 m. après). Il exerce toujours sa profession qui l'oblige à rester debout toute la journée. Il ne souffre plus, marche sans fatigue. Les varices du côté gauche ont complètement disparu. La jambe droite, non opérée, le fait souffrir.

Février 1892....	C.....	28	Domestique.....	Varices des deux jambes compliquées de phlébite du côté gauche avec fièvre.
	43			
Décembre 1895.	C.....	34	Ajusteur.....	Varices des deux jambes avec phlébite variqueuse du côté gauche.
	44			

DATE de l'opération	NOM	AGE	PROFESSION	DIAGNOSTIC	RÉSULTATS
Décembre 1897.	R..... 45	58	Journalier.....	Varices aux deux jambes avec phlébite sur la saphène interne droite.	Revu (1 an après). Le malade se porte très bien depuis son opération. Il a repris son service. Pas de nouvelle poussée de phlébite.
Décembre 1897.	L..... 46	51	Palefrenier.....	Varices de la jambe dr. av. troubles trophiques consist. en une pigmentation marquée de la peau, phlébite variqueuse sur la saphène dr.	Revu (15 mois après), Il a repris son état. Marche sans difficulté et sans fatigue. La jambe droite est, si ce n'est pas la présence de la cicatrice, tout à fait normal.
Opérations suivies d'amélioration. — Récidive. — Mort					
Octobre et Décembre 1893..	Schambourger J... 47	59	Charretier	Varices des grosses veines localisées, paquets variqueux, guérison temporaire pendant cinq ans, phlébite tardive, réapparition des varices, nouvelle phlébite.	Malade suivi pendant 8 ans. Il paraît guéri pendant plus de 4 ans sans récidive. En juin 1893, il rentre chez Reynier pour une phlébite. Il ne pouvait plus marcher, avait la jambe enflée avec des tumeurs veineuses au genou et au pli de l'aîne, traité par la ligature de la saphène pour la deuxième fois, tandis que la première opération faite par le Dr Rémy consistait dans une résection complète. En juillet même année avant que sa plaie se soit cicatrisée, il voit se développer une nouvelle phlébite. En décembre 1893, il rentre chez Rémy où il est traité seulement par le repos. En 1895, nouvelle apparition du malade. La phlébite est circonscrite mais les dilatations variqueuses persistent. Pas d'opération possible. Le malade est atteint de la sénilité. En 1896 revu de nouveau, il présentait des lésions variqueuses accentuées (<i>récidive</i>) après une longue amélioration.
1888.....	X..... 48	"	Téléphoniste.....	Varices très prononcées avec ulcère de la jambe gauche, troubles trophiques, œdème, douleurs, etc.	Revu (6 ans après). Le malade avait encore des paquets variqueux disséminés mais le membre avait diminué et repris sa force. Il fait tous les jours une longue course sans douleurs ni fatigue. Il se tient debout toute la journée son emploi l'exige, mais sans fatigue. Gr. amélioration.
1888.....	X..... 49	45	Garçon boucher.....	Varices aux deux jambes.	Revu (2 ans après). Grande amélioration. La force est complètement revenue mais la jambe opérée conserve des paquets variqueux. L'opération faite consistait en une résection des paquets variqueux sans résection ni ligature de la saphène de la cuisse.
Mai 1890.....	Harbulot Emile... 50	37	Peintre	Varices de la jambe droite, paquets variqueux très étendus, ulcère.	Revu (2 ans après), légère amélioration. Il a conservé au-dessus du genou de gros paquets variqueux. Il ne souffre plus. Présente encore un petit ulcère

Roiifié Louis 52	Mai, Juin et Fé- vrier 1893	44	»	Garçon de café.....	Varices généralisées superficielles et profondes des veines veineuses et capillaires des deux membres, cyanose variqueuse, petits ulcères.		Opéré à deux reprises par Rémy, sans succès. Récidive des varices et des ulcères se reproduisait rapidement.	partiellement et sans résection de la saphène au-dessus du genou. Revu (1 ans après). L'opération a été faite partiellement sans résection de la saphène à la cuisse. L'amélioration a duré 4 ans. Opéré par Rémy pour la première fois sans résection de la saphène. Après cette longue amélioration nous voyons le malade rentrer chez Reynier (thèse Cordebard Obs. VI). On résèque sa saphène. Le malade revu après est très bien portant. L'ulcère n'a pas reproduit. La grande amélioration persiste.
1889.....	Ch. Henri..... 53		»	Charretier.....	Cyanose variqueuses.		Opéré à deux reprises par Rémy, sans succès. Récidive des varices et des ulcères se reproduisait rapidement.	
Décembre 1889.	Thibaut..... 54	50	»	»	Varices étendues des grosses veines avec ulcère, phlébite consécutive, guérison temporaire pend. 5 ans.		Revu (5 ans après). L'ulcère est presque circulaire. Pendant 4 ans il n'avait rien senti, mais après un accident de voiture la jambe variqueuse devient le siège d'un ulcère. Revu en 1895 de nouveau, son ulcère est guéri, mais le bas de sa jambe est serré par un anneau cicatriciel, son pied est déjà gonflé et menacé d'éléphantiasis. Son membre est hors d'état de lui aider à gagner sa vie. C'est un cas de <i>récidive foudroyante</i> .	
Septembre et No- vembre 1892 ..	Richer Eugène.... 55	53	»	»	Varices des grosses veines de la jambe gauche superficielles et profondes, ulcère à la face externe, insuccès de l'opération sur la saphène interne, guérison par la résection de la saphène ext., apparition d'un nouvel ulcère derrière la malléole interne ou ulcère des veines profondes.		Malgré l'opération, l'ulcère ne guérit pas. En novembre 1892 nouvelle opération consistant de la résection de la saphène externe. L'ulcère guérit, mais peu de temps après il se produit un nouvel ulcère derrière la malléole interne. Le membre inférieur est envahi par les varices jusqu'à la dernière limite.	
Décembre 1889 .	Ratier Désiré..... 56			Charretier.....	Grosses veines généralisées de la jambe droite avec ulcère incurable.		Mort par lymphangite.	
Juin 1891.....	Huan..... 57	»		Fumiste.....	Grosses veines étendues de la jambe gauche compliquées d'ulcère, douleurs, œdème, etc.		Revu (11 mois après). Le malade a cessé de souffrir. Porte encore un ulcère. Résultat incomplet.	
Juin 1892.....	J... Catherine.... 58	»		Domestique.....	Varices nombreuses de la jambe gauche compliquées d'ulcère grand comme 5 francs.		Morte le 5 juillet au moment où elle se courbait sur son lit pour ramasser un objet, elle est morte sans convulsions ni dyspnée. A l'autopsie, Charrade dit ? (Obs. XIII) que, on ne pouvait pas attribuer sa mort à l'embolie, puisque les symptômes de cette dernière manquaient.	

CONCLUSIONS

La cure radicale des varices est obtenue par le procédé de choix, c'est-à-dire la résection des veines variqueuses. Ce procédé a l'avantage de supprimer les vaisseaux malades, par suite il agit pour supprimer ou diminuer :

I. — *La gêne fonctionnelle* (douleurs, crampes, fourmillements, difficulté dans la station debout prolongée et la marche, etc.) qui disparaît après l'opération, sinon complètement, du moins pour très longtemps ;

II. — *Les varices* diminuent et finissent par disparaître ; quelquefois seulement de légères varicosités persistent sur la jambe malade, mais sans produire les troubles que le malade supportait avant l'opération ;

III. — *Les ulcères* et les autres troubles trophiques (eczéma, pigmentation de la peau, retard dans la cicatrisation) après l'opération diminuent presque toujours, finissent par disparaître. Il est remarquable de voir l'action bienfaisante de l'opération sur l'ulcère ; souvent des ulcères, rebelles à tout traitement, guérissent en peu de temps après l'opération.

IV. — *La phlébite variqueuse* pour laquelle autrefois

on se gardait d'intervenir radicalement, disparaît en un temps beaucoup plus court que par n'importe quel autre procédé de traitement. Dans ce cas, quand la grossesse existe elle n'est pas une contre-indication absolue, on en trouve la preuve dans plusieurs observations que nous publions.

En terminant, nous dirons que si l'opération ne produit pas une guérison radicale du moins une amélioration très longue ne se fait pas attendre, et des gens qu'on considérait comme impotents, après l'opération se trouvaient en état de reprendre leur travail et de gagner leur pain.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
FOCHIER

Vu :

LE DOYEN,
LORTET.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR
G. COMPAYRÉ.

Lyon, le 4 avril 1899.

BIBLIOGRAPHIE

- BRAUN. — Welche Behandlung, méthode der sogenannten varicösen Unterschenkelgeschwüre ist die einfachste und die? *All. Wien. med. Zeitung*, 1891, v. XXXVI.
- BUHL. — Beiträge zur Frage der Behandlung des varices, thèse de Berlin, 1896.
- CERNÉ. — *Bull. de la Société de chirurgie*, 1890.
- CORDEBARD. — Traitement des varices et des ulcères variqueux, thèse de Paris, 1893, n° 219.
- COTSOS. — Thèse de Lyon, 1894.
- COUDERC. — Traitement des ulcères variqueux par la résection de la saphène, thèse de Paris, 1898, v. 12.
- CHARRADE. — De la ligature et de la résection de la saphène interne dans le traitement des varices, thèse de Paris, 1893.
- DELBET. — Du rôle de l'insuffisance valvulaire de la saphène interne dans les varices du membre inférieur, *Semaine médicale*, 1897, v. 372.
- DELORE. — Traitement des varices par les injections iodotoniques. *Congrès français de chirurgie*, Lyon, 1894.
- D'ESTIENNY. — Traitement des varices par la ligature de la saphène interne, thèse de Toulouse, 1893.
- FORGUE et RECLUS. — *Thérapeutique chirurgicale*, v. I, p. 431-444.
- FAISST. — *Beiträge zur chirurgie*, vol. XIV, 1895.

- FORGUE. — Nouveau Montpellier méd., 1895.
- GARY. — Du traitement chirurgical des varices, thèse de Montpellier, 1897.
- GUÉRITEAU. — De la phlébite variqueuse, etc., thèse de Paris, 1898.
- HEINITZE. — Deutsch Zeitung für chirurgie, vol. XLVII, 1898.
- HALLOPEAU. — Sur les poussées bulleuse dans les cicatrices d'ulcères variqueux. Annales de dermatologie, 1892.
- HOLTZMAN. — Über die varican der Extremitäten und ihre operative Behandlung, etc., thèse de Strasbourg, 1898.
- MADLUNG. — Centralblatt für chirurgie, 1884.
- MINKEWICZ. — Vergleichende Untersuchungen über die verschiedenen gegen Erweiterungen Operationen Virchow's Archiv. Bd. XXV et XLVIII.
- PERTHES. — Deutsche medicaische Wochenschrift, v. XXI, 1895.
- QUÉNU. — Cure radicale des varices et des ulcères de la jambe. Bull. de la Société de chirurgie, 1891. Du traitement de la névrite sciatique des variqueux, sixième Congrès français de chirurgie, 1892.
- RIOLACCI. — Traitement des varices et des ulcères variqueux par l'excision de la saphène, Loire médicale, 1897, p. 169.
- REMY. — Du traitement chirurgical des varices. Bull. génér. de therap., 30 mars 1897.
- REMY. — Traitement des varices et ulcères variqueux par l'extirpation des veines malades. Congrès français de chir., 1892, p. 683-710.
- REMY. — Comparaison des diverses méthodes du traitement des varices. Bull. génér. de therap., 1895.
- ROBINEAU. — Traitement chirurg. des phlébites, thèse de Paris, 1898.

- ROBIN (Simon). — Traitement des varices, etc., thèse de Paris, 1895-1896.
- SCHWARTZ. — Du traitement des varices, etc. Revue génér. de clinique et therap., 1888, p. 65-68.
- SCHWARTZ. — Cure opératoire et radicale des varices, etc. Revue génér. de cliniq. et therap., 1893, p. 337.
- SCHWARTZ. — Traitement des varices, etc. Bull. de la Société de chirurgie, 1898, p. 126 et 388.
- SCHWARTZ. — Traitement des varices par l'excision avec l'ablation de grands lambeaux cutanés. Presse médicale, 1898, 7 septembre.
- TRENDELENBURG. — Baiträge zur Klinische chirurgie, 1891, v. VII, p. 195-210, Tübingen.
- VAN-HUCTER. — La cure radicale des varices par la résection des veines. Journal de méd., chirurgie et pharmacologie, Bruxelles, 1889.

